



90152





ANNALES

90.152

101 (1)

# MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE

BULLETIN OFFICIEL DE LA  
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

FONDATEUR.

J. BAILLARGER

RÉDACTEUR EN CHEF :

RENÉ CHARPENTIER

101<sup>e</sup> Année - T. I - N° 1-2-3

Janvier-Février-Mars 1943

---

CENTENAIRE DES ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

1843-1943

---

IMPRIMERIE A. COUESLANT

(PERSONNEL INTÉRESSÉ)

1, RUE DES CAPUCINS — CAHORS

---

PUBLICATION PÉRIODIQUE  
PARAISANT 10 FOIS PAR AN

# ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

ANCIENS REDACTEURS EN CHEF (1843-1930) :

BAILLARGER, CERISE, LONGET,  
BRIERRE DE BOISMONT, MOREAU (de Tours),  
LUNIER, FOVILLE, RITTI, Henri COLIN

REDACTEUR EN CHEF : René CHARPENTIER

Secrétaires de la Rédaction : P. CARRETTE et J. VIÉ

## PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL (1943)

(L'abonnement part du 1<sup>er</sup> janvier)

France et Colonies, 260 fr. — Changement d'adresse, 1 fr.

Etranger : Tarif N° 1, 360 fr. ; Tarif N° 2, 380 fr.

Ne bénéficient du tarif réduit n° 1 que les abonnés des pays qui, conformément à la convention postale universelle de Stockholm, ont accepté une réduction sur les affranchissements des publications périodiques.

## CONDITIONS DE VENTE DES COLLECTIONS :

### Années 1943 à 1930

Chaque année..... 250 francs

L'année mixte 1914-1915 formant 2 volumes est en vente au prix de 250 francs.  
L'année 1916 et l'année 1917 formant chacune un volume sont réunies pour la vente en une année mixte au prix de 250 francs les 2 volumes.

Les années 1846 et 1847 sont épuisées.

Les années 1843, 1844, 1845, 1854, 1860 et 1874 sont rares et ne peuvent être acquises qu'avec la collection. Chacune de ces années est en vente au prix de..... 360 francs

### Années 1931 à 1942

Chaque année..... 360 francs

### Tables

Table générale et alphabétique, Tome I (1843 à 1866). 1 vol..... 120 francs

Table générale et alphabétique, Tome II (1867 à 1878). 1 vol..... 150 francs

Table générale et alphabétique, Tome III (1879 à 1930). 1 vol..... 300 francs

Chacun de ces 3 volumes contient une table alphabétique par noms d'auteurs et une table analytique des matières.

Cinquantiennaire de la Société médico-psychologique, 1902, 1 vol..... 50 francs

Les Annales médico-psychologiques forment chaque année 2 volumes in-8°

(Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus)



90152

90.152  
101 (1)

ANNALES  
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE

BULLETIN OFFICIEL DE LA  
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

ANNÉE 1943

---

TOME PREMIER

221.08

# ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

---

ANCIENS RÉDACTEURS EN CHEF :

(1843-1930)

BAILLARGER, CERISE, LONGET,  
BRIERRE DE BOISMONT, MOREAU (de Tours),  
LUNIER, FOVILLE, RITTI, HENRI COLIN

RÉDACTEUR EN CHEF : RENÉ CHARPENTIER

COMITE DE RÉDACTION :

MM. ABADIE, D. ANGLADE, H. BEAUDOUIN, BEAUSSART,  
CAPGRAS, CARRETTE, H. CLAUDE, COURBON, DELAY, Ach. DELMAS,  
P. DELMAS-MARSALET, DEMAY, DUBLINEAU, G. DUMAS, DUPOUY,  
EUZIÈRE, Henri EY, FRIBOURG-BLANC, GUIRAUD, J. HAMEL,  
HEUYER, Pierre JANET, LAIGNEL-LAVASTINE, LAUZIER, J. LÉPINE,  
LÉVY-VALENSI, LHERMITTE, MARCHAND, MIGNOT, PACTET,  
PIÉRON, A. POROT, RAVIART, SÉRIEUX, Th. SIMON, TINEL,  
TOULOUSE, VERNET, VIÉ, VURPAS.

---



90152 ANNALES

90.152  
101(1)

# MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE

BULLETIN OFFICIEL DE LA  
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

90152

FONDATEUR.

J. BAILLARGER

RÉDACTEUR EN CHEF :

RENÉ CHARPENTIER



101<sup>e</sup> ANNÉE — 1943

TOME PREMIER

---

IMPRIMERIE A. COUESLANT

(PERSONNEL INTÉRESSÉ)

1, RUE DES CAPUCINS — CAHORS

AgLF 26152

PUBLICATION PÉRIODIQUE  
PARAISANT 10 FOIS PAR AN





# TABLE DES MATIERES

---

101<sup>e</sup> ANNÉE - TOME I

JANVIER-MAI 1943

---

## MÉMOIRES ORIGINAUX

---

### CENTENAIRE DES ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES (1843-1943)

	Pages
Le Centenaire des Annales médico-psychologiques. Leur naissance, leur programme, leur histoire et celle de leurs filiales (sociétés et congrès). La collection complète des « Annales médico-psychologiques », recueil unique d'un siècle de psychiatrie. Quelques faits parfois méconnus de l'histoire de la psychiatrie française. Médecine mentale et médecine générale. Thérapeutiques « agressives » et thérapeutiques chirurgicales du passé. Psychiatrie et Psychologie, par René CHARPENTIER.....	1
De l'Anatomie pathologique en Psychiatrie. Etat actuel de nos connaissances, par L. MARCHAND.....	49
Psychiatrie et Physiologie, par Jean DECHAUME.....	64
Psychiatrie et Chimie biologique, par CHATAGNON.....	84
Psychiatrie et Neurologie. Continuité ou contiguïté ? par Paul COSSA..	106
Psychiatrie et Sympathologie, par LAIGNEL-LAVASTINE.....	115
Psychiatrie et Endocrinologie, par X. et P. ABÉLY.....	138
Psychiatrie et Psychologie. Les tendances actuelles de la psychologie et leurs applications à la clinique psychiatrique, par Jean DELAY.....	160

	Pages
L'apport des tests mentaux à la psychiatrie, par Th. SIMON.....	174
Evolution de l'idée de démence, par P. GUIRAUD.....	186
Psychiatrie et Biotypologie. La psychiatrie et le problème des tempéraments, par J. DUBLINEAU.....	200
Les constitutions psychopathiques. Le rôle et la signification des constitutions en psychiatrie, par F.-A. DELMAS.....	219
La conception bleulérienne de la psychiatrie, par H. STECK.....	233
L'influence de l'âge sur la symptomatologie des psychoses, par C. PFERSDORFF.....	248
Une conception organo-dynamiste de la psychiatrie, par Henri Ey....	259
L'apport de la psychanalyse à la psychiatrie, par Michel CÉNAC.....	279
Evolution de la thérapeutique des maladies mentales, par Henri CLAUOE.....	289
Psychiatrie et Chirurgie, par P. NAYRAC et R. VULLIEN.....	305
Un siècle d'assistance psychiatrique en France, par G. DEMAY.....	317
Evolution de la médecine légale psychiatrique, par G. HEUYER.....	337
L'œuvre psychiatrique de la France aux colonies depuis un siècle, par A. POROT.....	356
Vers une psychiatrie sociale, par Jacques Vié.....	379

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

### Séance du 11 janvier 1943

Démence précoce et fausse apparence d'hérédité. Considérations anatomo-biologiques, par MM. L. MARCHAND, G. DEMAY et J. NAUDASCHER...	401
Amnésie rétro-antérograde avec fabulation après électro-choc, par MM. J. DELAY, J. MAILLARD et R. BINOIS.....	405
Syndrome excito-dépressif; idées délirantes puériles, anémie, éosinophilie (présentation de malade), par MM. H. BEAUDOUIN et J.-L. BEAUDOUIN	409

### Séance du 25 janvier 1943

Allocution de M. André BARBÉ, ancien président.....	412
Allocution de M. Henri BEAUDOUIN, président.....	413
Adoption du procès-verbal.....	413
Correspondance.....	414
Prix de la Société.....	414
Vacance d'une place de membre titulaire.....	414
Election de trois membres correspondants nationaux : M <sup>lle</sup> JOUANNAIS, M. FOUQUET, M. HAZEMANN.....	414

	Pages
Inversion systématique dans la désignation droite-gauche chez certains enfants, par MM. CÉNAC et H. HÉCAEN.....	415
D'une modalité de l'écriture en miroir, par MM. CÉNAC et H. HÉCAEN.....	419
La paranoïa de compensation, par MM. J. DELAY et J. TALAIRACH.....	422
A propos de trois cas d'association hystéro-épileptique, par MM. J.-F. BUVAT, J. PERRIN et M <sup>me</sup> LERIQUE-KËCHLIN.....	427
Astasie-abasie guérie par torpillage, manifestation de début d'un kyste cérébelleux, par MM. J. TUSQUES, M. DAVID et H. HÉCAEN.....	432
Démence, distension ventriculaire, disparition progressive des troubles mentaux après ouverture de la lame sus-optique, par MM. M. DAVID, H. HÉCAEN et FOUQUET.....	435
Réactions de jalousie ayant déterminé l'internement d'un paralytique général au début, par MM. G. HEUYER et DESCLAUX.....	439

*Séance du 22 février 1943*

Adoption du procès-verbal.....	442
Correspondance.....	442
Décès du Professeur Guy VERMEYLEN.....	443
Election de deux membres correspondants nationaux.....	443
Un cas de coma hypoglycémique spontané, par MM. P. ABÉLY et Ch. FEUILLET.....	443
Obsession ou hermaphrodisme psychosexuel, par M. Cl. POITIER.....	447
Hallucinations visuelles prophétiques à forme verbale pure et à caractères obsédants et intuitifs, par MM. J. PICARD et ROBOT.....	451
Etat obsessionnel et convulsions psychasthéniques consécutifs à des crises d'épilepsie d'origine alcoolique, par MM. L. MARCHAND et J. DE AJURIAGUERRA.....	454
Electro-choc et grossesse, par MM. J. RONDEPIERRE, D. COLOMB et BRÛÈRE.....	458
Manie réactionnelle et compensation, par M. J. DELAY.....	462

*Séance du 8 mars 1943*

Un nouveau cas d'épilepsie réflexe avec prédominance de l'élément surprise, par MM. L. MARCHAND et J. DE AJURIAGUERRA..	497
Automatisme comital et automatisme pithiatique, par MM. J. DELAY, MAILLARD et BINOIS.....	500
Essai d'interprétation typologique d'un délire alcoolique secondaire, par MM. J. DUBLINEAU et DIGO.....	506
Amyotrophie de Charcot-Marie avec troubles mentaux. Débilité mentale familiale, par MM. R. DUPOUY et J. DE AJURIAGUERRA.....	510
Modification rapide et durable de syndromes mentaux consécutive à des accidents organiques d'ordre circulatoire, par MM. H. BEAUDOUIN, M. ZABOROWSKI et J.-L. BEAUDOUIN.....	513
Tentative de viol sur sa mère par un encéphalopathique infantile, par MM. HEUYER, SAUGUET et DESCLAUX.....	516

## Séance du 22 mars 1943

	Page:
Adoption du procès-verbal.....	519
Correspondance.....	519
Modifications de l'état mental d'une présénile en rapport avec des crises comitiales spontanées, par MM. G. DAUMÉZON et P. DELAMARRE..	520
Modifications humérales après électro-choc, par MM. J. DELAY, R. TARGOWLA et A. SOULAIRAC.....	523
Quelques points de l'histoire de l'assistance aux épileptiques, par M. L. VIDART.....	527
Un an de fonctionnement du chantier d'épileptiques de Gennevilliers, par M. L. VIDART.....	530
Codéinomanie, par M. Paul CARRETTE.....	535
Excitation maniaque et troubles endocriniens, par M. X. ABÉLY.....	537

## Séance du 12 avril 1943

Adoption du procès-verbal.....	539
Correspondance.....	539
Election d'un membre titulaire : M. Paul COSSA.....	539
L'épuisement des lipides de l'organisme dans la pathogénie des œdèmes cachectiques, corroboré par l'épreuve thérapeutique, par M. P. et M <sup>lle</sup> C. CHATAGNON.....	540
Les luxations récidivantes de la mâchoire au cours de l'électro-choc, par MM. G. DAUMÉZON et P. DELAMARRE.....	542
Modification des manifestations allergiques après électro-choc, par M. M. HYVERT.....	545
L'hyperprotidémie du post-électro-choc. Ses variations dans le temps. Variations parallèles de la chlorémie globulaire et de l'équilibre acido-basique, par MM. J. DELAY et A. SOULAIRAC.....	549
Mutation syndromique clinique et biologique au cours d'une syphilis nerveuse, par M. A. DONNADIEU.....	553
Troubles mentaux liés à l'hypertension artérielle. Guérison par la splanchnectomie, par MM. A. DONNADIEU, P. RELIER et R. FÉLIX.....	555
Troubles psychovisuels après lobectomie occipitale droite : épilepsie avec auras visuelles et paralysie psychique du regard, par MM. M. DAVID et H. HÉCAEN.....	560
L'électro-choc (5 <sup>e</sup> note). Présentation d'un sismothère de modèle réduit et simplifié, par MM. M. LAPIPE et J. RONIÉPIERRE.....	563



# RÉUNIONS ET CONGRÈS

## CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

*XLIII<sup>e</sup> session (Montpellier, 28-30 octobre 1942)*

	Pages
Discours inaugural : De la physiopathologie du goût, par M. H. ROGER, président.....	468
<b>Rapports :</b>	
PSYCHIATRIE : Les anorexies mentales, par M. A. CRÉMIEUX.....	469
NEUROLOGIE : Les problèmes neurologiques et psychiatriques immédiats et tardifs des traumatismes crâniens, par MM. P. SCHMITE et J. SIGWALD.....	472
MÉDECINE LÉGALE : Des conditions de sortie des aliénés délinquants et criminels internés, par M. P. LÉCULIER.....	475
<b>Communications de psychiatrie :</b>	
Anorexie mentale et pithiatisme. Remarques à propos de deux cas d'anorexie mentale dans une même famille, par MM. J. EUZIÈRE et J.-M. BERT.....	479
De la pathogénie de l'anorexie mentale et des cénestopathies, par MM. RISER, TAPIE et GÉRAUD.....	480
Anorexie mentale et maigreur hypophysaire, par MM. M. JANBON et A. LOUBATIÈRE.....	480
Anorexie mentale passagèrement améliorée par un extrait frais de lobe antérieur d'hypophyse, par MM. J. CHAPIAL et A. LOUBATIÈRE.....	480
Auto-érotisme consenti (ou entretenu) et anorexies mentales, par M. H. AUBIN.....	481
Anorexie chez une déprimée périodique, décès par occlusion intestinale aiguë. Etude anatomo-pathologique, par M. J. TRILLOT.....	481
A propos de deux cas d'obsession atypique : schizophrénie ou psychasthénie, par M. J. ALLIEZ et R. DIATRINE.....	481
Le test de Rorschach et la psychopathologie de la schizophrénie, par M. LAIGNEL-LAVASTINE, M <sup>me</sup> MINKOWSKA, MM. BOUVET et NEVEU.....	481
Tuberculine, histamine et schizophrénie, par MM. PAGÈS et DESMONTS.....	482
Contribution à l'étude de l'étiologie syphilitique des réactions liminaires du liquide céphalo-rachidien dans les états psychopathiques, par M. A. DONNAOIEU.....	482
Un postulat biologique : les régimes fonctionnels, par M. P. DOUSSET.....	482
Table d'orientation des travaux de la clinique des habitudes en milieu d'hôpital général, par M. GOBERT.....	483
Le damier généalogique, par M. GOBERT.....	483
Note sur la maladie des œdèmes, par MM. HAMEL, MEIGNANT et M <sup>lle</sup> MUNIER.....	483

	Pages
Augmentation de la mortalité dans un hôpital psychiatrique depuis juin 1940, ses causes, par MM. CARON, DAUMÉZON et LÉCULIER.....	483
Régime alimentaire et restrictions à l'hôpital psychiatrique départemental de la Lozère, par MM. P. BALVET et R. CHAURAND.....	484
<b>Communications de neurologie :</b>	
Syndrome traumatique para-trigéminal du sympathique oculaire (syndrome de Raeder traumatique), par M. G. AYMÈS.....	484
Du syndrome dit « subjectif » des craniens, par MM. RISER, RIGAUD, BERTHON, GÉRAUD et RANCOULES.....	484
Contribution d'une auto-observation à l'étude des troubles dits subjectifs dans les traumatismes craniens, par M. P. ABÉLY.....	484
Le facteur constitutionnel dans les psychoses post-commotionnelles, par M. FROMENTY.....	485
A propos de 7 cas personnels d'hématomes sous-duraux. Quelques points de séméiologie et de technique opératoire, par MM. LAZORTHES et RUFFIÉ.....	485
Diagnostic précoce de l'hématome sous-dural et traitement par évacuation simple, par M. R. THUREL.....	485
Un projectile intra-cranien peut ricocher contre la paroi osseuse et changer de direction, par M. R. THUREL.....	485
Contribution à l'étude des problèmes posés par les accidents tardifs, par MM. P. PUECH, J.-F. BUVAR et A. KOECHLIN.....	485
Le diagnostic de l'épilepsie par électro-encéphalographie, par MM. A. BAUOQUIN, H.-F. SCHOOLD et A. RÉMOND.....	485
Y a-t-il toujours chez l'aphasique moteur déficit réel de l'intelligence, par M. J. FROMENT et M <sup>lle</sup> A. FEYEUX.....	486
Dans l'aphasie dite motrice, c'est le sens phonologique et non l'acte articulaire qui est en cause, par M. J. FROMENT et M <sup>lle</sup> A. FEYEUX.....	486
Sur un nouveau signe des tumeurs juxta-médullaires mobiles, et en particulier, des tumeurs de la queue du cheval, par M. G. AYMÈS.....	486
Etude anatomo-clinique d'un nouveau cas de poliomyélite antérieure progressive subaiguë, par M. Y. POURSIÈRES.....	486
Polyradiculo-névrite avec dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien. Evolution mortelle. Examen anatomo-pathologique, par MM. J. PIERRE, J. PAILLAS, J. BOUDOURESQUES et J. RAUGUE.....	487
A propos de la maladie de Bourneville, par MM. EUZIÈRE, H. VIALLEFONT, R. LAFON et DUC.....	487
La déviation de l'index et la diminution musculaire des membres homolatéraux, symptômes de perturbation vestibulaire périphérique, par M. A. ROUQUIER.....	487
Sur la conception étiologique nouvelle de la sciatique rebelle, par M. J.-A. BARRÉ.....	487

**Communications d'assistance et de thérapeutique :**

Détermination semi-automatique du temps utile de passage du courant dans l'électro-choc, par M. DELMAS-MARSALET.....	487
Sur la valeur thérapeutique de l'électro-choc, par M. DELMAS-MARSALET.....	488
Auto-observation de l'électro-choc, par M. H. BERSOT.....	488
Premiers résultats du traitement des psychoses par l'électro-choc, par	

	Pages
MM. P. COSSA et H. BOUGEANT .....	489
Considérations techniques et statistiques sur une soixantaine de malades traités par l'électro-choc, par MM. P. BALVET, A. CHAURAND et F. TOSQUELLES.....	489
Troubles de la mémoire consécutifs à l'électro-choc, par MM. HEUYER, BOUR et M <sup>lle</sup> MOREAU.....	490
Electro-choc et états confusionnels, par M. E. MARTIMOR.....	490
Insuline, cardiazol et électro-choc, comparaison des mécanismes d'action, par MM. P. COSSA et H. BOUGEANT.....	490
Insuline, cardiazol et électro-choc, comparaison des résultats, par MM. P. COSSA et H. BOUGEANT.....	491
Présentation d'un nouvel appareil (en valise) à réglage automatique pour l'électro-choc, par MM. LAPIPE et RONDEPIERRE.....	491
Cinq mois de thérapeutique par l'électro-choc, par MM. LÉVY-VALENSI, J. CHRISTOPHE et M <sup>lle</sup> GRANIER.....	491
Réflexions sur 3000 électro-chocs pratiqués dans les services psychiatriques de l'Algérie, par MM. POHOT, BARDENAT, SUTTER, LÉONARDON et KAMMERER.....	491
Résultats du traitement par l'électro-choc appliqué à 340 malades à l'hôpital psychiatrique de la Manouba (Tunis), par MM. MARI SCHAL, BEN SOLTANE, et V. CORCOS.....	491
Essai de traitement de l'épilepsie par l'électro-choc, par MM. RONDEPIERRE et J. VIÉ.....	491
Thérapeutiques par le cardiazol, résultats et conclusions, par M. TRILLOT.....	491
Accidents convulsifs et coma, non curables par injection de glucose, provoqués chez le chien par l'hypoglycémie insulinique prolongée. Essai d'interprétation pathogénique et thérapeutique (avec projection de film cinématographique), par MM. L. REON et A. LOUBATIÈRE.....	491
Etude expérimentale chez le chien des accidents nerveux irréversibles consécutifs à l'hypoglycémie prolongée, provoqués par le sulfa-iso-propyl-thiodiazol, par MM. LOUBATIÈRE, GOLVSTEIN, MÉTROPOLITANSKI et SCHAAP.....	491
Etude expérimentale chez le singe des modifications de la circulation cérébrale au cours du coma insulinique et de l'épilepsie cardiazolique, par MM. BARUK, RACINE, DAVID et VALLANCIEN.....	492
Accidents nerveux irréversibles par hypoglycémie dus à un sulfamidé : le sulfa-iso-propyl-thiodiazol, par MM. JANBON, J. CHAPTAL et A. VEDEL.....	492
Deux syndromes schizophréniques apparemment guéris par la sortie prématurée, par M. G. FERDIÈRE.....	492
Notes d'expérimentation thérapeutique concernant 15 cas classiques de delirium tremens alcoolique, par MM. P. DOUSSINET et L. LARPENT.....	492
L'influence des restrictions de l'alcool, par M. GOURIOU.....	493
Le régime des classes dans la situation actuelle, par M. GOURIOU.....	493
Asile et Hôpital psychiatrique : l'expérience d'un établissement rural, par M. P. BALVET.....	493
Nouvelle méthode d'application de la « narcothérapie » aux crises de manie, par M. H. EY.....	493
Efficacité de la vagotonine en ingestion chez les anxieux, par MM. DADAY, WESTPHAL et LABONNÉLIE.....	493
Le polysérum, essai thérapeutique de lutte contre la sous-alimentation, par M. R. BUISSON.....	493
Traitement des urémies mentales, par M. LEYRITZ.....	493

## Communications de médecine légale :

	Pages
Sur les inconvénients de l'internement de certains délinquants atteints d'anomalies mentales mineures, par MM. CEILLIER et BRIAU.....	494
Le nouveau code pénal suisse (1941) et la jeunesse délinquante, par M. MORF.....	494
Le problème de l'éducation de l'enfant abandonnée, par M. WESTPHAL.....	494
Intérêt médico-légal des techniques neuro-chirurgicales et électro-biologiques, par MM. PUECH, R. MICOU et J. PERRIN.....	494
Les expertises médicales dans les cas de mystique. Quelques principes de méthode générale, par M. P. GISCARD.....	494

---

## SOCIÉTÉS

---

## Société de neurologie de Paris

Séance du jeudi 12 novembre 1942.....	567
Séance du jeudi 3 décembre 1942.....	570
Séance du jeudi 7 janvier 1943.....	571
Séance du jeudi 4 février 1943.....	573

## Société de médecine légale de France

Séance du lundi 4 décembre 1942.....	576
--------------------------------------	-----

## Société de médecine mentale de Belgique et Société belge de neurologie

Séance commune du samedi 19 décembre 1942.....	577
Séance du samedi 30 janvier 1943.....	579
Séance du samedi 27 février 1943.....	581
Séance du samedi 27 mars 1943.....	582

---

## VARIÉTÉS

---

Académie de Médecine : Prix à décerner en 1943.....	496
Hôpitaux psychiatriques : Nécrologie : M. Jules SIZARET.....	495
— — Nominations dans l'Ordre de la Santé publique : M <sup>me</sup> le D <sup>r</sup> FRANCÈS.....	495
— — Concours pour une place de médecin des hôpitaux psychiatriques de la Seine.....	496
Nécrologie : Guy VERMEYLEN, par Th. Simon.....	591
Réunions et Congrès : Société suisse de psychiatrie.....	496
Société médico-psychologique : Séances.....	400, 435, 589
— — Nécrologie.....	400
— — Prix de la Société médico-psychologique.....	589
Université de Lille : Faculté de Médecine.....	496



# TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES <sup>(1)</sup>

## A

- Abscès cérébral (traitement de l') d'origine auriculaire et nasale (J. PIQUET), 588.
- encéphaliques (traitement chirurgical des) associé à la sulfamidothérapie (J. PIQUET), 588.
- Alcool (influence des restrictions d') (GOURIOU), 493.
- Alcoolique (lutte anti-), 576.
- Aliénés (sortie des) délinquants et criminels (P. LÉCULIER), 475.
- Amnésie après électro-choc (J. DELAY, J. MAILLARD et R. BINOIS), 405.
- Amyotrophie de Charcot-Marie avec troubles mentaux (R. DUPOUY et J. de AJURIAGUERRA), 510.
- Anastomose (cas d') de l'hypoglosse et du facial (ANDRÉ-THOMAS et J. de AJURIAGUERRA), 563.
- Anorexie chez une déprimée périodique; décès par occlusion intestinale aiguë (J. TRILLOT), 481.
- Anorexie mentale et maigrreur hypophysaire (M. JANBON et A. LOUBATIÈRES), 480.
- améliorée par un extrait frais d'hypophyse (J. CHAPTAL et A. LOUBATIÈRES), 480.
- (auto-érotisme et) (H. AUBIN), 481.
- dans une même famille et pithiatisme (J. EUZIÈRE et J.-M. BERT), 479.
- (pathogénie de l') et des cénestopathies (RISER, TAPIE et GÉRAUD), 480.
- Anorexies mentales (Albert CRÉMIEUX), 469.

- Aphasie motrice. Sens phonologique et acte articulaire (J. FROMENT, Mlle A. FEYEU), 486.
- Aphasique moteur. Déficit de l'intelligence (J. FROMENT et Mlle A. FEYEU), 486.
- Asile et hôpital psychiatrique (P. BALVET), 493.
- Assistance psychiatrique (un siècle d') en France (G. DEMAY), 317.
- Astasie-abasie guérie par torpillage. Manifestation de début d'un kyste cérébelleux (J. TUSQUES, M. DAVID et H. HÉCAEN), 432.
- Automatisme comitial et automatisme pithiatique (J. DELAY, MAILLARD et BINOIS), 500.

## B

- Bourneville (maladie de) (EUZIÈRE, H. VIALLEFONT, R. LAFON et DUC), 487.

## C

- Cénurose de la fosse cérébrale postérieure (H. ROGER, J. SAUTER et J.-E. PAILLAS), 569.
- Cérébelleux (syndrome) avec abolition des réflexes tendineux des membres (G. GUILLAIN, I. BERTRAND et Mme GODET-GUILLAIN), 571.
- Chloroléucémie (un cas de) (DELFOSE), 579.
- Clinique des habitudes en milieu d'hôpital général (GOBERT), 483.

(1) Les chiffres en caractères gras correspondent aux MÉMOIRES ORIGINAUX, aux COMMUNICATIONS à la Société médico-psychologique et aux RAPPORTS du Congrès des aliénistes et neurologistes.

Codéinomanie (P. CARRETTE), 535.  
Colonies (L'œuvre psychiatrique de la France aux) (A. POROT), 355.  
Coma hypoglycémique spontané (P. ABÉLY et Ch. FEUILLET), 443.  
— (le) hypoglycémique spontané (LHERMITTE et SIGWALD), 567.

Comitiales (modifications de l'état mental d'une pré-sénile en rapport avec des crises) spontanées (G. DAUMÉZON et P. DELAMARRE), 520.

Compression médullaire par hernie discale (N. PÉRON, J. LEREBOLLET, J. GUILLAUME et Ch. RIBADEAU-DUMAS), 567.

Congrès (Le) des aliénistes et neurologistes (René CHARPENTIER), 22.

Constitutions psychopathiques (F.-A. DELMAS), 249.

Craniens (syndrome dit « subjectif ») (RISER, RIGAUD, BERTHON, GÉRAUD et RANCOULLES), 484.

— (traumatismes). Auto-observation des troubles subjectifs (Paul ABÉLY), 484.

Crano-cérébrales (volcets ostéoplastiques dans le traitement des plaies) (R. ROUSSEAUX), 587.

## D

Damier (le) généalogique (GOBERT), 483.

Délire (essai d'interprétation typologique d'un) alcoolique (J. DUBLINEAU et DICO), 506.

Délirium tremens alcoolique. Expérimentation thérapeutique (P. DOUSINET et L. LARPEY), 492.

Démence (évolution de l'idée de) (P. GUIRAUD), 486.

— disparition après ouverture de la lame sus-optique (DAVID, HÉCAËN et FOUQUET), 435.

Démence précoce et fausse apparence d'hérédité. Considérations anatomobiologiques (L. MARCHAND, G. DEMAY et J. NAUDASCHER), 404.

Démonopathie externe; amyotrophie myélopathique après encéphalite épidémique (LHERMITTE), 572.

Dénutrition (troubles moteurs dus à la) (E. SIMANART), 530.

Désignation droite-gauche chez certains enfants (CÉNAC et H. HÉCAËN), 409.

Déviation (la) de l'index et la diminution musculaire des membres homolatéraux (A. ROUQUIER), 487.

Dysrèflexie vestibulaire croisée (BARRE), 568.

## E

Écriture (modalité de l') en miroir (CÉNAC et H. HÉCAËN), 449.

Electro-choc (modifications humorales après) (J. DELAY, R. TARGOWLA et A. SOULAIRAC), 523.

— (amnésies expérimentales après) (J. DELAY), 571.

— et grossesse (J. RONDEPIERRE, D. COLOMB et R. BRUÈRE), 458.

— (insuline, cardiazol et) (P. COSSA et H. BOUGEANT), 490, 491.

— et états confusionnels (E. MARTINOR), 490.

— (troubles de la mémoire consécutifs à l') (HEUYER, BOUR et Mlle MOREAU), 490.

— Considérations techniques et statistiques (P. BALVET, A. CHAURAND et F. TOSQUELLES), 489.

— (traitement des psychoses par l') (P. COSSA et H. BOUGEANT), 488.

— (auto-observation de l') (H. BERTSOR), 488.

— (valeur thérapeutique de l') (DELMAS-MARSALET), 488.

— (passage du courant dans l') (DELMAS-MARSALET), 487.

— (les luxations récidivantes de la mâchoire au cours de) (G. DAUMÉZON et P. DELAMARRE), 542.

— (modifications des manifestations allergiques après) (M. HYVERT), 545.

— (hyperprotidémie du post-). Chlorémie globulaire et équilibre acido-basique (J. DELAY et A. SOULAIRAC), 549.

— (l'). Présentation d'un sismothère de modèle réduit et simplifié (M. LAPPE et J. RONDEPIERRE), 563.

— (traitement de l'épilepsie par l') (RONDEPIERRE et VIÉ), 491, 570.

— (hallucinoïse musicale après) (LHERMITTE et PARCHEMINÉY), 574.

— (l') (R. BAUDOUX et T. HÉNUSSE), 578.

— (traitement par) (R. BAUDOUX), 583.

Electroencéphalographiques (les données) dans l'étude des épilepsies (G. NOËL), 581.

Encéphalite (méningo-) à torule à forme d'hypertension intra-cranienne aiguë (H. ROGER, J. POURSIÈRES, PITOR et TEMPIER), 571.

Epilepsie par électro-encéphalographie (A. BAUDOUIN, H.-F. SCHGOLD et A. RÉMOND), 485.

— cardiazolique. Modifications cérébrales du coma insulinaire (BARUK, RACINE, DAVID et VALLANCIEN), 492.

— (état obsessionnel et psychasthénique dans l') d'origine alcoolique (L. MARCHAND et J. de AJURIA-GWERRA), 454.

- bravaï-jacksonienne symptomatique. Forme pseudo-angineuse (ALAJOUANINE, THUREL et HOUDARD), 567.
- (un nouveau cas d') réflexe avec prédominance de l'élément surprise (L. MARCHAND et J. de AJURIAGUERRA), 497.
- Epileptique (obnubilation) et électro-encéphalogramme (A. HUREZ et RÉMOND), 570.
- (trois cas d'association hystéro) (J.-F. BUVAT, J. PERRIN et Mme LERIQUE-KOECHLIN), 427.
- Epileptiques (quelques points de l'historique de l'assistance aux) (Lionel VIDART), 527.
- (un an de fonctionnement du chanteur) de Gennecvilliers (Lionel VIDART), 530.
- Excitation maniaque et troubles endocriniens (X. ABÉLY), 537.
- Excito-dépressif (syndrome). Idées délirantes puériles (H. BEAUDOUIN et J.-L. BEAUDOUIN), 409.

## F

- Friedreich (maladie de). Névrite optique à la 23<sup>e</sup> année d'évolution (L. ROUQUÈS et J. VOISIN), 573.

## G

- Glioblastome (régression d'un syndrome pariéto-temporal consécutif à un) (LHERMITTE et HÉCAEN), 571.
- Goût (psychopathologie du) (H. ROGER), 468.

## H

- Hallucinations visuelles prophétiques à forme verbale pure et à caractères obsédants et intuitifs (J. PICARD et ROBER), 451.
- Hématome calcifié de la moelle dorsolombaire (DAVID, CARROT, PARAIRE et CHARLIN), 574.
- Hémiasomatognosie et troubles de la dénerivation par tumeur pariétale droite (HÉCAEN, DAVID et FRANQUET), 563.
- Hémorragies (traitement chirurgical des) cérébrales (J. LHERMITTE et J. GUILLAUME), 586.

- Hypertension artérielle (troubles mentaux liés à l'). Guérison par la splanchnicéctomie (A. DONNADIEU, RELIER et R. FÉLIX), 555.
- Hypotension intracrânienne spontanée avec constatations anatomiques (PUECH, LHERMITTE, BUVAT, LERIQUE-KOECHLIN et PERRIN), 569.
- Hystériformes (crises cardiazoïques) (P. DIVRY et J. BOBON), 582.

## I

- Impulsion criminelle sur base cyclothymique (F. d'HOLLANDER et C. ROUVROY), 578.
- Insulinique (complications du choc) (M. LEROY), 577.
- Insulino- et convulsivothérapie (HOVEN), 578.

## J

- Jalousie (réactions de). Internement d'un paralytique général (G. HEUYER et DESCLAUX), 439.

## L

- Langage (introduction à la psychopathologie du) (G. BOBON), 581.
- Lipides (épuisement des) dans les œdèmes cachectiques (P. et Mlle C. CHATAGNON), 540.
- Lobectomie (troubles psycho-visuels après) occipitale droite (M. DAVID et H. HÉCAEN), 560.
- frontale. Agraphie chez un gaucher (L. ECTORS), 583.
- frontale bilatérale partielle (Ira C. NICHOLS et J. Mc. VICKER HUNT), 587.

## M

- Maladies mentales (évolution de la thérapeutique des) (Henri CLAUDE), 289.
- Manie réactionnelle et compensation (J. DELAY), 462.
- Médecine légale psychiatrique (évolution de la) (G. HEUYER), 337.
- Médecine mentale et médecine générale (René CHARPENTIER), 35.

México-psychologique (Société). Allocution de M. André BARBÉ, ancien président, 412.

—, Allocution de M. Henri BEAUDOUIN, président, 413.

—, Prix, 414.

—, ELECTIONS. Membres correspondants nationaux : Mlle JOUANNIS, FOUQUET, HAZEMANN, 415 ; BONNAFFÉ, HÉCAEN, 443. Membre titulaire : COSSA, 539.

—, Décès : Professeur Guy VERMEYLEN, 443.

México-psychologiques (Le Centenaire des Annales). Leur histoire. Quelques faits parfois méconnus de l'histoire de la psychiatrie française (René CHARPENTIER), 4.

Mémoire (dissolution de la) (Jean DELAY), 397.

Méningite séreuse à forme pseudo-tumorale (PUECH, S. THIEFFRY, Mme LERIQUE et P. DESCLAUX), 574.

Mentonnière (le réflexe linguo-) (L. CORNIL), 569.

Mortalité depuis juin 1940. Ses causes (CARON, DAUMÉZON et LÉCULIER), 483.

Moteurs (troubles) centraux des deux membres après trauma d'un seul (BARRÉ et ROHMER), 568.

Myélome solitaire vertébral (L. ECOURS), 581.

Myélotomie postérieure pour algies rebelles (J.-M. GUILLAUME), 569, 575.

Myoclonies vélo-pharyngo-laryngo-oculo-diaphragmatiques (G. GUILLAIN, I. BERTRAND et Mme GODET-GUILLAIN), 575.

Myxœdémateux (syndrome) et syndrome myotonique associés (THIÉBAUT), 573.

## N

Neuro-chirurgie. Suites opératoires. Phlébites, pneumonie (PUECH, MICAUD, GOLSE et BRUN), 569.

Neurofibrolipome périphérique (algie fémoro-cutanée symptomatique d'un) (R. THUREL), 572.

Neuro-psychiatrie (intérêt d'une liaison entre) et neuro-chirurgie (P. PUECH), 586.

Névrite (Polyradiculo-) avec dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien (J. PIÉRI, J. PAILLAS, J. BOUDOURESQUES et J. RANGUE), 487.

## O

Obsession ou hermaphroditisme psychosexuel (Cl. PORTIER), 447.

Obsessions atypiques. Schizophrénie ou psychasthénie (J. ALLIEZ et R. DIATKINE), 481.

Oedème aigu du poumon d'origine nerveuse. Traitement (G. TARDIEU), 575.

— tardif post-traumatique et artériosclérose cérébrale (L. van BOGAERT et G. de MORSHIER), 582.

Oedèmes (maladie des) (HAMEL, MEIGNANT et Mlle MUNIER), 483.

Organiques (modification de syndromes mentaux à la suite d'accidents) d'ordre circulatoire (H. BEAUDOUIN, M. ZABOROWSKI et J.-L. BEAUDOUIN), 513.

## P

Paget (maladie osseuse de). Syndrome neuro-animique (Ch. RIBADEAU-DUMAS et M. ROUZAUD), 569.

Paralysie post-traumatique de la main du type dit hystérique (J. LEY), 580.

— spasmodique et xanthomes tendineux associés (THIÉBAUT), 568.

Paralysie générale (action du stovarsol sodique sur la) (A. SÉZARY et A. BARBÉ), 585.

Paranoïa (la) de compensation (J. DELAY et J. TALAIRACH), 422, 424.

Parkinsonien (syndrome). Complexes thalamique et hypothalamique (J. DAGNÉLIE), 582.

Périphéro-centraux (troubles). Réflexes post-traumatiques (J.-A. BARRÉ), 570.

Phlébectomie après thrombose de la veine rolandique (J. GUILLAUME), 575.

Polioencéphalite hémorragique de Wernicke (R. DELCOURT et TENRET), 579.

Polioomyélite antérieure progressive subaiguë (Yves POURSIÈRES), 486.

Préfrontal (syndrome moteur) homolatéral (J.-A. BARRÉ, GIROIRE, CHARBONNEL et COLAS), 572.

Psychiatrie et Psychologie (René CHARPENTIER), 44.

— (l'anatomie pathologique et) (L. MARCHAND), 49.

— et Physiologie (Jean DECHAUME), 64.

— et Chimie biologique (CHATAGNON), 84.

— et Neurologie (Paul COSSA), 106.

— et Sympathologie (LAIGNEL-LAVASTINE), 115.



- et Endocrinologie (X. et P. ABÉLY), 133.
- et tendances actuelles de la psychologie (Jean DELAY), 160.
- (apport des tests mentaux à la) (Th. SIMON), 174.
- et Biotypologie (J. DUBLINEAU), 200.
- (conception bleulérienne de la) (H. STECK), 233.
- (conception organo-dynamiste de la) (Henri Ey), 259.
- (apport de la psychanalyse à la) (Michel CÉNAC), 279.
- et chirurgie (P. NAYRAC et R. VULLIEN), 305.
- (vers une sociale) (Jacques Vité), 379.

Psychiatrique (œuvre) de la France aux Colonies depuis un siècle (A. POROT), 356.

Psychoses (influence de l'âge sur la symptomatologie des) (C. PERSDORFF), 248.

Psychothérapie et « Weltanschauung » (H. FLOURNOY), 584.

## R

Raeder (syndrome de) traumatique (G. AYMÈS), 484.

Réadaptation (traitement de) de certains états mentaux (H. CLAUDE), 585.

Regard (trouble dérégulant la fixation attentive du) (A. TOURNAY), 570.

Régime alimentaire à l'hôpital psychiatrique de la Lozère (P. BALVET et A. CHAURAND), 484.

— des classes dans la situation actuelle (Gaston FERDIÈRE), 493.

Régimes fonctionnels (P. DOUSSINET), 482.

Rorschach (le test de) et psychopathologie de la schizophrénie (LAIGNEL-LAVASTINE, Mme MINKOWSKA, BOUVET et NEVEU), 481.

## S

Schizophréniques (syndromes) guéris par la sortie prématurée (Gaston FERDIÈRE), 492.

Sciastique (conception étiologique de la) rebelle (J.-A. BARRÉ), 487.

Sclérose (pseudo-) type Westphal-Strümpell avec signes de diffusion (CARROT, PARAIRE et CHARLIN), 573.

Sclérose en plaques traumatique (A. LEROY), 578.

Sulfamidé (accidents nerveux dus à un) (M. JANBON, J. CHAPTAL et A. VEDEL), 492.

Syphilis nerveuse (mutation syndromique clinique et biologique au cours d'une) (A. DONNADIEU), 553.

Syphilitique (étiologie) des réactions liminaires du liquide céphalo-rachidien (DONNADIEU), 482.

## T

Thérapeutiques « agressives » et thérapeutiques chirurgicales du passé (René CHARPENTIER), 41.

Torticolis spasmodique influencé par la position de la tête (J. LEY), 579.

Traumatismes (problèmes neurologiques et psychiatriques des) craniens (P. SCHMITE et J. SIGWALD), 472.

Traumatisme (contractures réflexes après) périphérique (J.-A. BARRÉ), 572.

Tremblement spasmodique intentionnel par intoxication au bromure de méthyle (THIÉBAUT, DAUM et HENROT), 574.

Tuberculine, histamine et schizophrénie (PAGÈS et DESMONTS), 482.

Tumeur du 3<sup>e</sup> ventricule opérée (KLEIN et THIÉBAUT), 573.

— frontale à évolution particulièrement rapide (J. van LAERE et A. SAMAIN), 580.

Tumeurs juxta-médullaires et tumeurs de la queue de cheval (G. AYMÈS), 486.

## V

Ventricule (5<sup>e</sup>) (DAVID, HÉCAEN et HÉRY), 573.

Viol (tentative de) sur sa mère par un encéphalopathique infantile (HEUYER, SAUGUET et DESCLAUX), 516.

# TABLE ALPHABÉTIQUE DES NOMS D'AUTEURS <sup>(1)</sup>

## A

- ABÉLY (P.). *Discussion*, 442.  
— et FEULLET (Ch.). Coma hypoglycémique spontané, 443.  
—, Auto-observation des troubles subjectifs dans les traumatismes crâniens, 484.  
ABÉLY (X.). Excitation mauiaque et troubles endocriniens, 537.  
ABÉLY (X. et P.). Psychiatrie et Endocrinologie, 438.  
AJURIAGUERRA (J. de). v. MARCHAND.  
—, *Discussion*, 458.  
—, v. Dupouy.  
—, v. André-Thomas.  
ALAJOUANINE, THUREL et HOUDARD. L'épilepsie Bravais - jacksonienne symptomatique. Forme pseudo-angineuse, 567.  
ALLIEZ (J.) et DIATKINE (R.). Obsession atypique, schizophrénie ou psychasthénie, 481.  
ANDRÉ-THOMAS et AJURIAGUERRA (J. de). Cas d'anastomose de l'hypoglosse et du facial, 568.  
AUBIN (H.). Auto-érotisme et anorexie mentale, 481.  
AYMÈS (G.). Syndrome de Raeder traumatique, 484.  
—, Tumeurs juxta-médullaires et tumeurs de la queue de cheval, 486.

## B

- BALVET (P.) et CHAURAND (A.). Régime alimentaire à l'hôpital psychiatrique de la Lozère, 484.  
—, CHAURAND (A.) et TOSQUELLES (F.). Considérations techniques et statistiques par l'électro-choc, 489.  
—, Asile et hôpital psychiatrique, 493.  
BARBÉ. v. Sézary.  
BARRÉ (J.-A.). Conception étiologique nouvelle de la sciatique rebelle, 487.  
—, Dysrèflexie vestibulaire croisée, 568.  
— et ROHMER. Troubles moteurs centraux des deux membres après traumatisme d'un sens, 568.  
—, Troubles périphéro-centraux réflexes post-traumatiques, 570.  
—, GIROIRE, CHARBONNEL et COLAS. Syndrome moteur préfrontal homolatéral, 572.  
—, Contractures réflexes après traumatisme périphérique, 572.  
BARUK, RACINE, DAVID et VALLANCIEN. Epilepsie cardiazolique. Modifications du coma insulinaire, 492.  
BAUDOUIN (A.), SCHGOLD (H.-F.) et RÉMOND (A.). Epilepsie par électro-encéphalographie, 485.  
BAUDOUX (R.) et HENUSSE (T.). L'électro-choc, 578.  
—, Traitement par électro-choc, 583.  
BEAUDOUIN (Henri). *Discussion*, 408, 450, 458, 466, 505, 527, 535, 538, 544.  
— et BEAUDOUIN (J.-L.). Syndrome excito-dépressif. Idées délirantes puériles, 409.

(1) Les chiffres en caractères gras correspondent aux MÉMOIRES ORIGINAUX, aux COMMUNICATIONS à la Société médico-psychologique et aux RAPPORTS du Congrès des aliénistes et neurologistes.

- , ZABOROWSKI et BEAUDOUIN (J.-L.). Syndromes mentaux consécutifs à des accidents organiques d'ordre circulatoire, 513.
- BEAUDOUIN (J.-L.). v. *Beaudouin (Henri)*.
- BERSOT (H.). Auto-observation de l'électro-choc, 488.
- BERT (J.-M.). v. *Euzière*.
- BERTHON. v. *Riser*.
- BERTRAND (Ivan). v. *Guillain*.
- BINOIS. v. *Delay*.
- BOBON (J.). La psychopathologie du langage, 581.
- , v. *Divry*.
- BOGAERT (L. van) et MORSIER (G. de). Œdème tardif post-traumatique et artériosclérose cérébrale, 582.
- BONHOMME. *Discussion*, 431.
- BOUDOURESQUES (J.). v. *Pieri*.
- BOUGEANT. v. *Cossa*.
- BOUR. v. *Heuyer*.
- BOUVET. v. *Laignel-Lavasline*.
- BRISOT. *Discussion*, 430, 535.
- BRUÈRE (R.). v. *Rondepierre*.
- BRUN. v. *Puech*.
- BUVAT (J.-F.), PERRIN (J.) et LERIQUE-KOECHLIN (Mme). Trois cas d'association hystéro-épileptique, 427.
- , *Discussion*, 430, 438.
- , v. *Puech*.

## C

- CARON, DAUMÉZON et LÉCULIER. Mortalité depuis juin 1940. Ses causes, 483.
- CARRETTE. *Discussion*, 421, 430.
- , Codéinomanie, 535.
- CARROT, PARAIRE et CHARLIN. Pseudo-sclérose type Westphal-Strümpell avec signes de diffusion, 573.
- , v. *David*.
- CÉNAC (Michel). Apport de la psychanalyse à la psychiatrie, 279.
- et HÉCAEN. Désignation droite-gauche chez certains enfants, 415.
- et HÉCAEN (H.). Modalité de l'écriture en miroir, 449.
- , *Discussion*, 422.
- CHAPTAL (J.) et LOUBATIÈRES (A.). Anorexie mentale améliorée par un extrait frais d'hypophyse, 480.
- , v. *Janbon*.
- CHARBONNEL. v. *Barré*.
- CHARLIN. v. *Carrot*.
- , v. *David*.
- CHARPENTIER (René). Centenaire des *Annales médico-psychologiques*. Leur histoire. Leurs filiales. Quelques faits parfois méconnus de l'Histoire de la psychiatrie française, 1.

- CHATAGNON. Psychiatrie et Chimie biologique, 84.
- et Mlle C. Epuisement des lipides dans les œdèmes cachectiques, 540.
- , *Discussion*, 544, 552.
- CHACRAND. v. *Balvet*.
- CLAUDE (Henri). Evolution de la thérapeutique des maladies mentales, 289.
- , *Discussion*, 438, 447, 457, 534, 563.
- , Traitement de réadaptation de certains états mentaux, 585.
- COLAS. v. *Barré*.
- COLOMB (D.). v. *Rondepierre*.
- CORNIL (L.). Le réflexe linguo-mentonnier, 569.
- COSSA (Paul). Psychiatrie et Neurologie, 406.
- et BOUGEANT (H.). Insuline, cardiazol et électro-choc, 490, 491.
- et BOUGEANT (H.). Traitement des psychoses par l'électro-choc, 489.
- CRÉMIEUX (Albert). Les anorexies mentales, 469.

## D

- DAGNÉLIE (J.). Syndrome parkinsonien. Complexe thalamique et hypothalamique, 582.
- DAUM. v. *Thiébaud*.
- DAUMÉZON. *Discussion*, 430, 526, 533, 545.
- , v. *Caron*.
- et DELAMARRE. Modifications de l'état mental d'une présénile en rapport avec des crises comitiales spontanées, 520.
- et DELAMARRE (P.). Les luxations récidivantes de la mâchoire au cours de l'électro-choc, 542.
- DAVID. v. *Tusques*.
- , HÉCAEN et FOUQUET. Démence. Troubles mentaux de la lame sus-optique, 435.
- et HÉCAEN. Troubles psycho-visuels après lobectomie occipitale droite, 560.
- , v. *Hécaen*.
- , HÉCAEN et HÉRY. 5<sup>e</sup> ventricule, 573.
- , CARROT, PARAIRE et CHARLIN. Hématomme calcifié de la moelle dorso-lombaire, 574.
- , v. *Baruk*.
- DECHAUME (Jean). Psychiatrie et Physiologie, 64.
- DELAMARRE. v. *Daumézon*.
- DELAY (Jean). Psychiatrie et tendances actuelles de la psychologie, 460.
- , Dissolutions de la mémoire, 397.
- , MAILLARD (J.) et BINOIS (R.). Amnésie rétro-antérograde avec fabulation après électro-choc, 405.

- , *Discussion*, 422, 431, 451, 457, 458, 465, 466, 499, 509, 535, 559.
- et TALAIRACH (J.). La paranoïa de compensation, 422, 424.
- , Manie réactionnelle et compensation, 462.
- , MAILLARD et BINOIS. Automatisme comitial et automatisme pithiatique, 500.
- , TARGOWLA (R.) et SOULAIRAC (A.). Modifications humérales après électro-choc, 523.
- et SOULAIRAC (A.). L'hyperprotidémie du post-électro-choc. Chlorémie globulaire et équilibre acido-basique, 549.
- , Amnésies expérimentales après électro-choc, 571.
- DELCOURT (R.) et TENRET. Polio-encéphalite hémorragique de Wernicke, 579.
- DELFOSSE. Un cas de chloroleucémie, 579.
- DELMAS (F.-A.). Constitutions psychopathiques, 219.
- , *Discussion*, 465.
- DELMAS-MARSALET. Passage du courant dans l'électro-choc, 487.
- , Valeur thérapeutique de l'électro-choc, 488.
- DEMAY (G.). Un siècle d'assistance psychiatrique en France, 317.
- , v. *Marchand*.
- DESGLAUX. v. *Heuyer*.
- , v. *Puech*.
- DESMONTS. v. *Pagès*.
- D'HOLLANDER et ROUVROY (C.). Impulsion criminelle sur base cyclothymique, 578.
- DIATKINE (R.). v. *Alliez*.
- DIGO. v. *Dublineau*.
- DIVRY (P.) et BOBON (J.). Crises cardiazoliques hystériformes, 582.
- DONNADIEU. Etiologie syphilitique des réactions liminaires du liquide céphalo-rachidien, 482.
- , Mutation syndromique clinique et biologique au cours d'une syphilis nerveuse, 553.
- , RELIER (P.) et FÉLIX (R.). Troubles mentaux liés à l'hypertension artérielle. Guérison par la splanchnectomie, 555.
- DOUSSINET (P.). Un postulat biologique. Les régimes fonctionnels, 482.
- et LARPENT (L.). Délirium tremens alcoologique. Expérimentation thérapeutique, 492.
- DUBLINEAU (J.). Psychiatrie et Biotypologie, 200.
- , *Discussion*, 404, 405, 421, 554.
- et DIGO. Essai d'interprétation typologique d'un délire alcoologique, 506.
- DUC. v. *Euzière*.

DUPOUY (R.) et AJURIAGUERRA (J. de). Amyotrophie de Charcot-Marie avec troubles mentaux, 510.

## E

- ECTORS (L.). Myélome solitaire vertébral, 581.
- , Lobectomie frontale. Agraphie chez un gaucher, 583.
- EUZIÈRE (J.) et BERT (J.-M.). Anorexie mentale dans une même famille et pithiatisme, 479.
- , VIALLEFONT (H.), LAFON (R.) et DUC. Maladie de Bourneville, 487.
- EY (Henri). Conception organo-dynamiste de la psychiatrie, 259.

## F

- FÉLIX. v. *Donnadieu*.
- FERRIÈRE (Gaston). Syndromes schizophréniques guéris par la sortie prématurée, 492.
- , Régime des classes dans la situation actuelle, 493.
- FEUILLET. v. *Abély*.
- FEVEUX. v. *Froment*.
- FLOURNOY (H.). Psychothérapie et « Weltanschauung », 584.
- FOUQUET. v. *David*.
- FRANQUET. v. *Hécaen*.
- FRIROURG-BLANC. *Discussion*, 534.
- FROMENT (J.) et FEVEUX (Mlle A.). Déficit de l'intelligence chez l'aphasique moteur, 486.
- et FEVEUX (Mlle A.). Aphasie motrice ; sens phonologique et acte articulaire, 486.

## G

- GIRAUD. v. *Riser*.
- GIROIRE. v. *Barré*.
- GOBERT. Clinique des habitudes en milieu d'hôpital général, 483.
- , Le damier généalogique, 483.
- GODET-GUILLAIN (Mme). v. *Guillain (G.)*.
- GOLSE. v. *Puech*.
- GOURIOU. Influence des restrictions de l'alcool, 493.
- , *Discussion*, 450, 462, 466, 526, 534, 538.
- GUILLAIN (G.), BERTRAND (I.) et GODET-GUILLAIN (Mme). Syndrome cérébelleux avec abolition des réflexes tendineux des membres, 571.

GUILLAIN (G.), BERTRAND (I.) et GODET-GUILLAIN (Mme). Myoclonies vélopharyngo-laryngo-oculo-diaphragmatique, 575.

GUILLAUME. v. *Lhermitte*.

—, Myélotomie postérieure pour algies rebelles, 569.

—, Myélotomie postérieure, 575.

—, Phlébectomie après thrombose de la veine rolandique, 575.

—, v. *Péron*.

GUIRAUD (P.). Evolution de l'idée de démence, 486.

—, *Discussion*, 422, 438, 509, 525, 527, 534, 538, 542.

## H

HAMEL, MEIGNANT et MUNIER (Mlle). Maladie des œdèmes, 483.

HÉCAEN. v. *Cénac*.

—, v. *Tusques*.

—, v. *David*.

—, DAVID et FRANQUET. Hémiasomatognosie et troubles de la dénévation par tumeur pariétale droite, 563.

—, v. *Lhermitte*.

HENROT. v. *Thiébaud*.

HENUSSE. v. *Baudouz*.

HERY. v. *David*.

HEUYER (G.). Evolution de la médecine légale psychiatrique, 337.

— et DESCLAUX. Internement d'un paralytique général. Réactions de jalousie, 439.

—, *Discussion*, 466, 499, 504, 505, 509.

—, BOUR et MOREAU (Mlle). Troubles de la mémoire consécutifs à l'électro-choc, 490.

—, SAUGUET et DESCLAUX. Tentative de viol sur sa mère par un encéphalopathique infantile, 546.

—, HUREZ (A.) et RÉMOND. Obnubilation épileptique et électro-encéphalogrammes, 570.

HOUDARD. v. *Alajouanine*.

HOVEN. Insulino- et convulsivothérapie, 578.

HYVERT (M.). Modifications des manifestations allergiques après électrochoc, 545.

## J

JANBON (M.) et LOUBATIÈRES (A.). Anorexie mentale et maigreur hypophysaire, 480.

—, CHAPTAL (J.) et VEDEL (A.). Accidents nerveux dus à un sulfamidé, 492.

## K

KLEIN et THIÉBAUT. Tumeur du III<sup>e</sup> ventricule opérée, 573.

## L

LAERE (van) et SAMAIN (A.). Tumeur frontale à évolution particulièrement rapide, 580.

LAFON. v. *Euzière*.

LAIGNEL-LAVASTINE. Psychiatrie et Symptathologie, 445.

—, MINKOWSKA (Mme), BOUVET et NEVEU. Le test de Rorschach et la psychopathologie de la schizophrénie, 481.

LAPIPE et RONDEPIERRE (J.). L'électrochoc. Présentation d'un sismothère de modèle réduit et simplifié, 563.

LARPENT. v. *Doussinel*.

LÉCULIER (P.). Sortie des aliénés délinquants et criminels internés, 475.

—, v. *Caron*.

LEREBOULLET (J.). v. *Péron*.

LERIQUE-KOECHLIN (Mme). v. *Buvat*.

—, v. *Puech*.

LEROY (M.). Complications du choc insulinique, 577.

—, Sclérose en plaques traumatique, 578.

LEY (J.). Torticolis spasmodique influencé par la position de la tête, 579.

—, Paralysie post-traumatique de la main du type hystérique, 580.

LHERMITTE. *Discussion*, 446, 450, 462, 499, 503, 512, 516, 526, 538, 542, 545, 548, 559, 563.

— et SIGWALD. Le coma hypoglycémique spontané, 567.

—, v. *Puech*.

— et HÉCAEN. Régression d'un syndrome pariéto-temporal consécutif à un glioblastome, 571.

—, Démonopathie externe, amyotrophie myélopathique après encéphalite épidémique, 572.

— et PARCHEMINEY. Hallucinoses musicales après électro-choc, 574.

— et GUILLAUME (J.). Traitement chirurgical des hémorragies cérébrales, 586.

LOUBATIÈRES. v. *Janbon*.

—, v. *Chaptal*.



M

- MAILLARD. v. *Delay*.  
 MARCHAND (L.). L'anatomie pathologique en psychiatrie, 49.  
 —, DEMAY (G.) et NAUDASCHER (J.). Démence précoce et fausse apparence d'hérédité. Considérations anatomobiologiques, 401.  
 —. *Discussion*, 431, 499, 500, 504, 505, 534.  
 — et AJURIAGUERRA (J. de). Etat obsessionnel et psychasthénique dans l'épilepsie d'origine alcoolique, 454.  
 — et AJURIAGUERRA (J. de). Un nouveau cas d'épilepsie réflexe avec prédominance de l'élément surprise, 497.  
 MARTINOR (E.). Electro-choc et états confusionnels, 490.  
 MEIGNANT. v. *Hamel*.  
 MICOUD. v. *Puech*.  
 MINKOWSKA (Mme). v. *Laignel-Lavastine*.  
 MONTASSUT. *Discussion*, 465.  
 MOREAU (Mlle). v. *Heuyer*.  
 MORSIER (G. de). v. *Bogaert*.  
 MUNIER (Mlle). v. *Hamel*.

N

- NAUDASCHER (J.). v. *Marchand*.  
 NAYRAC (P.) et VULLIEN (R.). Psychiatrie et chirurgie, 305.  
 NEVEU. v. *LAIGNEL-LAVASTINE*.  
 NICHOLS (Ira C.) et VICKER HUNT (J. Mc). Lobectomie frontale bilatérale partielle, 587.  
 NOËL (G.). Les données électro-encéphalographiques dans l'étude des épilepsies, 581.

P

- PAGÈS et DESMONTS. Tuberculine, histamine et schizophrénie, 482.  
 PAILLAS (J.). v. *Piéri*.  
 —. v. *Roger*.  
 PARAIRE. v. *Carrot*.  
 —. v. *David*.  
 PÉRON (N.), LEREBoullet (J.), GUILLAUME (J.) et RIBADEAU-DUMAS (Ch.). Compression médullaire par hernie discale, 567.  
 PERRIN. v. *Buvat*.  
 —. v. *Puech*.

PFERSDORFF (C.). Influence de l'âge sur la symptomatologie des psychoses, 248.

PARCHEMINEXY. v. *Lhermitte*.  
 PICARD (J.) et ROBOT. Hallucinations visuelles prophétiques à forme verbale pure et à caractères obsédants et intuitifs, 451.

—. *Discussion*, 458, 542, 551.

PIÉRI (J.), PAILLAS (J.), BOUDOURESQUES (J.) et RANGUE (J.). Polyradiculonévrite avec dissociation albuminocytologique du liquide céphalo-rachidien, 487.

PIQUET (J.). Traitement chirurgical des abcès encéphaliques associé à la sulfamidothérapie, 588.

—. Traitement de l'abcès cérébral d'origine auriculaire et nasale, 588.

PITOT. v. *Roger*.

POROT (A.). Œuvre psychiatrique de la France aux colonies depuis un siècle, 356.

POTIER (Claude). Obsession ou hermaphrodisme psychosexuel ? 447.

POURSINES (Yves). Poliomyélite antérieure progressive subaiguë, 466.

—. v. *Roger*.

PUECH, MICOUD, GOLSE et BRUN. Suites opératoires en neuro-chirurgie : phlébites, pneumonie, 569.

—, LHERMITTE, BUVAT, LERIQUE-KOECHLIN et PERRIN. Hypotension intracranienne spontanée avec constatations anatomiques, 569.

—, THIEFFRY (S.), LERIQUE (Mme) et DESCLAUX (P.). Méningite séreuse à forme pseudo-tumorale, 574.

—. Intérêt d'une liaison entre neuro-psychiatrie et neuro-chirurgie, 586.

R

RACINE. v. *Baruk*.

RANGOULES. v. *Riser*.

RANGUE (J.). v. *Piéri*.

RELIER. v. *Donnadieu*.

RÉMOND. v. *Heuyer*.

—. v. *Baudouin*.

RIBADEAU-DUMAS (Ch.). v. *Péron*.

— et ROUZAUD (M.). Syndrome neuro-anémique et maladie ossense de Paget, 569.

RIGAUD. v. *Riser*.

RISER, TAPIÉ et GÉRAUD. Pathogénie, anorexie mentale et cénesthopathies, 480.

—, RIGAUD, BERTHON, GÉRAUD et RANGOULES. Syndrome dit « subjectif » cranien, 484.

ROBOT. v. *Picard*.

ROGER (H.). Physiopathologie du goût, 468.  
 —, SAUTET (J.), PAILLAS (J.-E.). Cénurose de la fosse cérébrale postérieure, 569.  
 —, POURSINES (Y.), PITOT et TEMPIER. Méningo-encéphalite à torule à forme d'hypertension intracranienne aiguë, 571.  
 ROHMER. v. *Barré*.  
 RONDEPIERRE (J.), COLOMB (D.) et BRUÈRE (R.). Electro-choc et grossesse, 458.  
 —. *Discussion*, 525, 526, 527, 544, 549.  
 —. v. *Lapipe*.  
 — et VIÉ. Traitement de l'épilepsie par l'électro-choc, 570.  
 ROUQUÈS (L.) et VOISIN (J.). Névrite optique à la 23<sup>e</sup> année d'une maladie de Friedreich, 573.  
 ROQUIER (A.). La déviation de l'index et la diminution musculaire des membres homolatéraux, 487.  
 ROUSSEAU (R.). Volets ostéoplastiques dans le traitement des plaies crâniocérébrales, 587.  
 ROUVROY. v. *D'Hollander*.  
 ROUZAUD. v. *Ribadeau-Dumas*.

## S

SAMAIN. v. *Laere*.  
 SAUGUET. v. *Heuyer*.  
 SAUTET. v. *Roger*.  
 SCHGOLD. v. *Baudouin*.  
 SCHMITE (P.) et SIGWALD (J.). Problèmes neurologiques et psychiatriques des traumatismes crâniens, 472.  
 SÉZARY (A.) et BARBÉ (A.). L'action du stovarsol sodique sur la paralysie générale, 585.  
 SIGWALD. v. *Schmite*.  
 —. v. *Lhermitte*.  
 SIMON (Th.). Apport des tests mentaux à la psychiatrie, 474.  
 SIMONART (E.). Troubles moteurs dus à la dénutrition, 580.  
 SOULAIRAC. v. *Delay*.  
 STECK (H.). Conception bleulérienne de la psychiatrie, 233.

## T

TALAIRACH. v. *Delay*.  
 TAPIÉ. v. *Riser*.

TARDIEU (G.). Traitement de l'œdème aigu pulmonaire d'origine nerveuse, 575.  
 TARGOWLA. v. *Delay*.  
 TEMPIER. v. *Roger*.  
 TENRET. v. *Delcourt*.  
 THIÉBAUT. Paraplégie spasmodique et xanthomes tendineux associés, 568.  
 —. v. *Klein*.  
 —. Syndromes myxœdémateux et myotonie associés, 573.  
 —, DAUM et HENROT. Tremblement spasmodique intentionnel par intoxication au bromure de méthyle, 574.  
 THIÉFFRY (S.). v. *Puech*.  
 THUREL. v. *Alajouanine*.  
 —. Algie fémoro-eutanée symptomatique d'un neurofibrolipome périphérique, 572.  
 TOSQUELLES. v. *Balvet*.  
 TOURNAY (A.). Trouble déréglant la fixation attentive du regard, 570.  
 TRILLOT (J.). Anorexie chez une déprimée périodique, 481.  
 TUSQUES (J.), DAVID et HÉCAEN (H.). Astasie-abasie guérie par torpillage, manifestations de début d'un kyste cérébelleux, 432.

## V

VALLANGIEN. v. *Baruk*.  
 VEDEL. v. *Janbon*.  
 VIALLEFONT. v. *Euzière*.  
 VICKER HUNT (J. Me). v. *Nichols*.  
 VIDART (L.). Quelques points de l'histoire de l'assistance aux épileptiques, 527.  
 —. Un an de fonctionnement du cabinet d'épileptiques de Gennevilliers, 530.  
 —. *Discussion*, 534.  
 VIÉ (Jacques). Vers une psychiatrie sociale, 379.  
 —. v. *Rondepierre*.  
 VOISIN (J.). v. *Rouquès*.  
 VULLIEN (R.). v. *Nayrac*.

## Z

ZABOROWSKI. v. *Beandouin* (H.).



# ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

---

## MÉMOIRES ORIGINAUX

---

### LE CENTENAIRE DES “ ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES ”

PAR

RENÉ CHARPENTIER

Avec ce numéro, les *Annales médico-psychologiques* commencent la 101<sup>e</sup> année de leur publication régulière. C'est en janvier 1843 que Baillarger, Cerise et Longet, réalisant une idée conçue dès l'an 1800 par Pinel, firent paraître à Paris, chez Fortin, Masson et C<sup>ie</sup>, le premier numéro des *Annales médico-psychologiques*. Cent années d'une publication ininterrompue viennent aujourd'hui attester les services rendus à la psychiatrie par cette féconde initiative. A ces animateurs, nous devons une collection de travaux d'une inestimable valeur. C'est leur rendre un juste hommage que de souligner la vitalité toujours plus grande de l'œuvre à laquelle ils ont consacré leurs efforts et attaché leur nom.

#### Naissance et programme des « Annales médico-psychologiques »

En 1800, lorsque Philippe Pinel songea à fonder une revue exclusivement consacrée à la pathologie mentale, ce projet parut

irréalisable. Après sa mort, survenue en 1826, alors qu'il était dans sa 82<sup>e</sup> année, ceux des élèves de Pinel qui avaient recueilli sa pensée tentèrent à plusieurs reprises de réaliser ce projet. Mais l'œuvre apparaissait encore d'une telle difficulté qu'ils durent y renoncer. Ce n'est qu'en 1843 que l'idée de Pinel prit enfin corps. Allant au delà de la pensée de Pinel, les fondateurs des *Annales médico-psychologiques* eurent même des projets plus ambitieux. Dans une Introduction remarquable, qui figure en tête du premier numéro, celui de janvier 1843, Cerise fut chargé de les exposer.

#### CERISE (1807-1869) ET LA NAISSANCE DES « ANNALES »

Peut-être n'est-il pas inutile de rappeler qui était Cerise et d'évoquer brièvement sa personnalité et son œuvre.

Bien qu'il ne portât jamais son titre de baron, Cerise (Laurent-Alexis-Philibert) était né en 1807, d'une famille noble, en Savoie, à Aoste, dans ce val d'Aoste dont tant d'habitants sont restés fidèles à la langue française. Reçu docteur en médecine par la Faculté de Médecine de Turin à l'âge de 21 ans, il vint, dès 1831, se fixer à Paris, près de son oncle, le baron Cerise, général de l'Empire. L'autorisation d'exercer la médecine en France lui fut accordée en 1834. Trente ans plus tard, en 1864, cinq ans avant sa mort, il était nommé membre libre de l'Académie de médecine.

Médecin philosophe, spiritualiste, chrétien, Cerise, qui combattait la phrénologie de Gall, alors à la mode, lui reprochait en particulier d'incliner au matérialisme. Avant de fonder, avec Baillarger et Longet, les « *Annales médico-psychologiques* », il avait collaboré à « *L'Européen* », journal fondé par Buchez, le même Buchez qui fut maire de Paris, président de l'Assemblée Nationale de 1848, et l'un des fondateurs de la Société médico-psychologique dont il fut le troisième président (1854-1855) après Ferrus et Gerdy. On trouve encore le nom de Cerise parmi ceux des collaborateurs de « *L'Union Médicale* », revue fondée en 1846 par Richelot, Amédée Latour et Aubert Roche, parmi les noms aussi des collaborateurs du « *Journal des Débats* ». Il n'y a donc pas lieu d'être surpris de l'importance de son rôle dans la fondation d'une revue qui prit le nom d'« *Annales médico-psychologiques* ».

J'ai déjà eu l'occasion de rappeler (1) que l'hygiène de l'esprit

(1) *Annales médico-psychologiques*, juillet 1937, page 239.



et la prophylaxie mentale ne sont pas des préoccupations récentes. En 1848, lorsque Dèchambre, Carrière et Michea préparaient la création de la « Société des Annales médico-psychologiques », ils n'oublièrent dans son programme ni l'hygiène morale, ni la prophylaxie de l'aliénation mentale et des névroses. Cerise, ici encore, avait été un précurseur. Dès 1835, sur un rapport de Ferrus, l'Académie de Médecine avait décerné une médaille à un mémoire de Cerise sur « l'influence de l'éducation physique et morale sur la production de la surexcitation du système nerveux et les maladies qui sont un effet consécutif de cette surexcitation ». On trouvera ce mémoire dans l'un des deux volumes consacrés aux œuvres de Cerise et publiés en 1872 chez Masson et C<sup>ie</sup>, sur l'initiative de Baillarger.

N'est-ce pas situer également l'état des connaissances au moment de la naissance des *Annales médico-psychologiques* que de rappeler le mémoire de Cerise sur les principes et les limites de la science des rapports du physique et du moral, « science qui n'a conquis une existence à peu près distincte que depuis les travaux de Cabanis » (1757-1808). Dans ce mémoire, paru dans le premier numéro des *Annales médico-psychologiques*, se trouvent les deux définitions suivantes, que l'on relira sans doute avec intérêt :

« *L'influence du moral sur le physique* signifie à mes yeux « l'action exercée par les idées sur l'organisme, par celles surtout d'entre les idées qui, ayant pour objet une satisfaction à rechercher, sont en relation plus immédiate avec les penchants, les besoins et les émotions. On peut appeler *innervation cérébro-ganglionnaire* l'irradiation nerveuse au moyen de laquelle cette influence s'exerce. »

« *L'influence du physique sur le moral* signifie à mes yeux « l'action exercée sur les idées par les conditions générales de l'organisme, par celles surtout d'entre ces conditions qui, s'exprimant par les penchants, les besoins et les émotions, sont en relation plus immédiate avec l'idée d'une satisfaction à rechercher. On peut appeler *impression ganglio-cérébrale* l'irradiation nerveuse au moyen de laquelle cette influence s'exerce. »

Il convenait de rappeler brièvement la personnalité de Cerise. Dans le souvenir de beaucoup de psychiatres, le rôle capital joué par Cerise dans la fondation des *Annales médico-psychologiques* a été un peu effacé par la grande mémoire de Baillarger. Tous, en effet, savent la part importante de ce dernier dans la fondation et

dans la direction de notre Revue, direction qu'il assumait presque sans interruption de 1843 jusqu'à sa mort, le 31 décembre 1890, dans sa 82<sup>e</sup> année.

Ainsi que l'a rappelé Delasiauve, et bien qu'elle ne soit pas signée de son nom, ce fut, en effet, Cerise qui rédigea l'Introduction des *Annales médico-psychologiques* (1). Elle porte la marque de sa grande largeur de vues et de l'universalité de son esprit. On sait aussi que, dans les *Annales*, il se réservait tout ce qui concerne la psychologie et les « généralités psychologiques », tandis que Baillarger s'était chargé de l'« aliénation mentale proprement dite ». « Toutes les recherches qui ont pour but de répandre quelques lumières sur la structure du système nerveux et sur les fonctions spéciales des divers organes ou appareils dont ce système se compose » constituaient la part de Longet (2).

#### LE PROGRAMME DES « ANNALES » EN 1843

Après un siècle d'efforts continus, au seuil de la nouvelle série de nos *Annales*, il n'est pas sans intérêt de relire le programme établi par celui dont Delasiauve a pu écrire qu'il « fut à la fois un savant, un penseur, un philosophe, un artiste, un cœur dévoué, une nature douce et franchement morale » (3).

Dès 1843, Cerise constatait que « l'aliénation mentale a pris dans la clinique médicale et dans les conseils administratifs, le rang qui convient aux grandes infortunes ». Cela, grâce aux enseignements des aliénistes français. « Les bases même de cette science, ajoutait-il, ont été posées par Pinel et par Esquirol et sont inattaquables. » Cent ans plus tard, on ne peut que souscrire à cette affirmation.

Il fut bien facile en vérité de rester fidèlement dans la voie tracée par les fondateurs des *Annales*. Avec une prescience qui souligne la solidité de leurs connaissances et une juste compréhension des besoins de la psychiatrie, ils avaient conçu une méthode générale consistant à faire converger toutes les recherches spéciales vers la solution des problèmes médico-psychologiques. Tous les travaux relatifs au système nerveux peuvent et doivent trouver place dans les *Annales*. « La pathologie men-

(1) *Journal de médecine mentale*, tome X, juillet-août 1870, page 106.

(2) Longet fut professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine. Il est mort le 24 avril 1871.

(3) *Journal de médecine mentale*, tome X, février 1870.

tale est étroitement liée à la physiologie morale et intellectuelle, qui est elle-même étroitement liée à l'anatomie, à la physiologie et à la pathologie du système nerveux ».

A côté des « travaux... qui ont pour objet l'anatomie microscopique, l'anatomie, la physiologie et l'embryogénie comparées du système nerveux », il fut décidé de donner « une grande place à l'exposé historique des travaux accomplis, afin de faire ressortir les bonnes et les mauvaises méthodes qui les ont dirigés, afin de faire ressortir les lacunes qui restent à remplir ».

Il y a cent ans, les psychiatres français avaient déjà le souci « de faire converger vers la clinique des névroses et de l'aliénation mentale un ensemble de données physiologiques et pathogéniques qui puissent en éclairer les difficiles tâtonnements... Fondées sur des analogies ou sur l'observation exacte des phénomènes, les hypothèses physiologiques ont au moins cet avantage d'ouvrir aux études anatomiques des issues nouvelles qui peuvent conduire à de précieuses découvertes... En nous laissant guider par ces inductions, nous pouvons vivifier cette lettre morte que l'anatomiste se condamne à contempler sans jamais la lire ».

Quant aux données de la philosophie, il fut indiqué qu'elles ne seraient invoquées que dans leurs rapports les plus saisissables avec la science de l'organisme. « Ce qu'il faut, c'est se livrer librement à l'observation complète de toutes les formes que peut revêtir notre intelligence sous l'empire des causes qu'elle subit. » A ceux dont l'esprit paresseux ou insuffisamment averti des tendances et des réalisations antérieures attribue facilement à celui de leurs contemporains qui les a émises le dernier la paternité des idées, rappelons cette phrase de Cerise : « Le médecin, écrivait-il en 1843, pourra-t-il tracer toutes les altérations ou les perversions de l'entendement humain s'il néglige d'en étudier les conditions physiologiques, s'il ne s'attache point à en connaître les lois, s'il néglige surtout d'en saisir les rapports avec les besoins et les impulsions de l'organisme, avec les dispositions héréditaires, avec les influences éducatrices, avec les circonstances diverses, morales et physiques qui nous entourent, etc... » Ces lignes, vieilles d'un siècle, ne pourraient-elles avoir été écrites hier ? Bien des successeurs de Cerise, qui s'attachèrent à l'étude isolée de l'un ou l'autre des points qu'il énumère, ne surent pas comme lui apercevoir clairement que l'ensemble de ces recherches est indispensable à la psychiatrie. C'est pourtant l'association de ces conditions héréditaires et personnelles, organiques et fonctionnelles, anatomiques et physiologiques, neuro-

iologiques et psychologiques, éducatives et sociales, etc., qui conditionne les réactions psycho-pathologiques du sujet. Toutes ont leur importance, variable suivant les cas, selon leur force respective, leurs associations, la résistance du sujet, le pouvoir d'accélération ou du freinage du milieu, milieu familial, milieu social et influences climatiques. Seule la tentation, simpliste, d'établir des cadres fixes et des systèmes rigides a pu, aux yeux de certains, masquer cette vérité si bien vue et si clairement énoncée dans le premier numéro des *Annales médico-psychologiques*.

Aussi ne pourra-t-on « jamais accuser la pathologie mentale de se laisser envahir par un trop grand nombre d'observations bien faites ». On se plaignait déjà à cette époque que la science fût « encombrée de faits dont la coordination est devenue impossible ». Mais, répond Cerise, « cet encombrement porte sur des faits mal observés, sur des descriptions confuses, sur des détails incohérents ». Depuis que ce jugement a été porté, on ne saurait prétendre que l'« encombrement » ait diminué. Il est devenu tel que nos Revues — dont les circonstances ont aussi momentanément réduit le volume — ne suffisent plus à l'abondance des manuscrits qui leur sont présentés. « Les monographies, disait encore Cerise, seront l'objet de notre prédilection. Dans les monographies, les faits et les idées sont inséparables, et l'hypothèse, réservée dans son essor, ne s'y montre jamais sans une tentative de vérification. » Il en est toujours ainsi, et le secrétaire général de la Société Médico-psychologique sait que la Rédaction des *Annales* applique ses efforts à conserver aux mémoires originaux la place importante qui devrait être la leur.

Il est également un principe énoncé dans l'Introduction du premier numéro des *Annales médico-psychologiques*, qui est resté la tradition constante, maintenue sans défaillance par les directeurs successifs de la Revue : « Les convictions les plus opposées sont appelées à se faire jour dans ce recueil. » Les *Annales médico-psychologiques* sont restées et devront toujours être une tribune largement ouverte à toutes les idées, à toutes les théories judicieusement et courtoisement exposées. On ne saurait être surpris d'y trouver, au besoin dans un même numéro, des mémoires exprimant sur les questions théoriques ou pratiques qui intéressent tous les psychiatres, des idées différentes ou même opposées. Les *Annales* ne sont pas la voix d'une Ecole, mais l'organe séculaire de la psychiatrie française tout entière. C'est bien pour cela que la collection d'un siècle des *Annales* est un incomparable répertoire, indispensable à toute bibliothèque neuro-psychiatrique.

Je ne puis m'étendre davantage. Tout serait à citer de cette Introduction et du programme si complet de nos fondateurs. Une grande place fut aussi prévue à la « médecine légale des aliénés », car elle « soulève des questions graves et difficiles que la Société nous demande de résoudre immédiatement ».

Parlant de la thérapeutique des maladies mentales, voici comment s'exprimait Cerise :

« Il est des médecins qui, disciples laborieux de l'école anatomo-pathologique, ne voyant dans la folie, dans la monomanie la plus simple, qu'une altération organique plus ou moins profonde, proclament l'excellence du traitement physique et recourent avec prédilection aux médicaments les plus énergiques, dans le but d'obtenir d'utiles révulsions. Il en est d'autres qui, disciples fervents de l'école psychologique, ne voyant dans la folie qu'une maladie de l'âme, ou, pour parler le langage de plusieurs d'entre eux, un trouble général ou partiel de ses facultés, proclament l'excellence du traitement moral et recourent avec prédilection aux moyens appelés psychiques, dans le but de provoquer d'utiles réflexions. Il en est d'autres enfin qui, disciples fidèles de l'école vitaliste, s'attachent à modérer les symptômes plutôt qu'à combattre énergiquement la maladie, et recourent alternativement aux moyens moraux et aux moyens physiques, dans le but de diriger et de seconder les salutaires tendances de la force vitale. »

A ce tableau des thérapeutes qui nous ont précédé, y aurait-il, aujourd'hui, beaucoup à changer, après la mise en œuvre de nouvelles méthodes thérapeutiques ?

Ce court rappel de la naissance et du programme des *Annales médico-psychologiques* aura peut-être intéressé le lecteur à l'attachante personnalité, trop oubliée, de Cerise. Oubliée parce qu'il n'eut pas la possibilité de donner sa mesure. Son contemporain et biographe, Delasiauve, n'a-t-il pas écrit de lui : « Si distinguées que soient ses œuvres, elles ont été surtout de brillantes promesses. Il a avorté à son aurore. Les clients ont tué le savant. Il a expié le trop grand succès de sa pratique, dû à l'abondance de ses aptitudes (1). Esquirol fut un centre rayonnant... Cerise possédait tout ce qu'il faut pour faire revivre cet illustre Maître. Une chose lui a manqué : le loisir » (2). Peut-être aussi

(1) Morel a rappelé ce mot de Buchez : « Cerise est non seulement une intelligence d'élite, c'est un cœur d'or. »

(2) *Journal de médecine mentale*, tome X, novembre-décembre 1870, p. 310.



de ne pas avoir été mis à la place où auraient pu s'exercer librement et dans des conditions favorables ses aptitudes exceptionnelles et sa puissance de travail ?

### La vie ininterrompue des « Annales Médico-psychologiques »

#### BAILLARGER (1809-1890) ET SES SUCCESSEURS

Baillarger est, à juste titre, considéré comme le principal fondateur des *Annales médico-psychologiques*. Sa personnalité est trop connue pour qu'il soit nécessaire de l'évoquer de nouveau ici. Le 30 mai 1892, à la séance publique annuelle de la Société médico-psychologique, Ant. Ritti a prononcé un vibrant éloge « du maître vénéré qui enrichit la science de si remarquables découvertes ».

Né le 25 mars 1809, disciple de Pinel et d'Esquirol, Baillarger fonda les *Annales* en 1843 et en resta le rédacteur en chef pendant quarante-huit ans, de 1843 jusqu'à sa mort qui survint en 1890. Ses collaborateurs furent, de 1843 à 1848 Cerise et Longet, de 1849 à 1854 Brierre de Boismont et Cerise, de 1854 à 1862 Moreau de Tours et Cerise, de 1863 à 1869 Cerise et Lunier, de 1870 à 1880 Lunier, de 1881 à 1885 Lunier et Foville, de 1886 à 1888 Foville et Ritti (1) et, de 1888 jusqu'à la mort de Baillarger, qui survint le 31 décembre 1890, Antoine Ritti.

Pendant cinq années cependant, de 1849 à 1854, Baillarger, pour raisons de santé, pria A. Brierre de Boismont de prendre la direction des *Annales médico-psychologiques*. Celui-ci « accepta cette offre avec plaisir, persuadé que ce journal était utile et qu'il pourrait réaliser l'alliance, si désirable, de la physiologie et de la philosophie » (2). En fait, avec la collaboration de Cerise, c'est Brierre de Boismont qui publia la seconde série des *Annales médico-psychologiques*.

Ant. Ritti conserva ensuite à lui seul, de 1891 jusqu'à sa mort (1920), la direction des *Annales médico-psychologiques*. En 1920,

(1) Ant. Ritti avait été élu quelques années plus tôt secrétaire général de la Société médico-psychologique (séance du 26 décembre 1881), succédant dans ces fonctions à Motet. Avant Ritti, seuls des Rédacteurs en Chef des *Annales médico-psychologiques*, Cerise (de 1856 à 1858) et Brierre de Boismont (de 1858 à 1859) avaient été, et pendant un temps très court, secrétaires généraux de la Société médico-psychologique.

(2) A. BRIERRE DE BOISMONT. — *Annales médico-psychologiques*, octobre 1854, page 493.

il eut comme successeur Henri Colin, qui mourut en 1930. Pendant la maladie d'Henri Colin, les *Annales* subirent en 1930 une éclipse de plusieurs mois, mais le retard fut rattrapé avant la fin de l'année. Avant même d'être désigné pour succéder à Henri Colin, j'avais été chargé, par le Comité de Rédaction, de faire paraître les numéros en retard. A la séance de décembre 1940, le président, qui était cette année-là J. Capgras, constatait que la publication était à jour (1).

Les rédacteurs en chef des *Annales* qui, antérieurement à 1930, consacrèrent le plus grand nombre d'années à leur publication, furent : Baillarger (48 ans), Ant. Ritti (35 ans), Cerise (27 ans), Lunier (23 ans), Henri Colin (10 ans), Moreau de Tours (9 ans), Foville (8 ans), Longet et Brierre de Boismont (6 ans).

En résumé, de 1843 à 1930, les *Annales médico-psychologiques* n'ont eu que trois directeurs (2) : Baillarger de 1843 à 1890, Ant. Ritti de 1891 à 1920 (3), Henri Colin de 1920 à 1930.

Par un codicille à son testament (4), Ant. Ritti a légué à la Société médico-psychologique, qui l'a acceptée, sa part de propriété des *Annales médico-psychologiques*. Depuis 1920, la Société médico-psychologique possède ainsi une part de co-proprieté des *Annales*. Ritti a posé comme seule condition à ce legs « que le nom du fondateur de ce recueil, Baillarger, soit maintenu et sur la couverture et sur le livre ».

## RÉVOLUTIONS ET GUERRES

Pendant un siècle, la publication des *Annales* fut ininterrompue. Il y eut cependant deux années, 1914 et 1915, deux années de guerre, pendant lesquelles les numéros parus furent réunis en un seul volume, mais on peut dire qu'aucun événement politique, révolutions ou guerres, n'a empêché jusqu'ici les *Annales* et leurs collaborateurs de poursuivre leur œuvre scientifique (5). Le fait valait d'être noté.

(1) *Annales médico-psychologiques*, décembre 1930, page 405.

(2) Tel est le titre donné au Rédacteur en Chef des *Annales* par le Règlement de la Société médico-psychologique (titre IV, article 13). En fait, le Rédacteur en Chef des *Annales médico-psychologiques* exerce à la fois les fonctions de directeur et de gérant.

(3) Dans une excellente notice sur son Maître Ant. Ritti, Georges Vernet (*Ann. méd.-psych.*, 1920, pages 99, 289, 385) a bien montré l'œuvre capitale de Ritti qui, resté fidèle au programme tracé par les fondateurs des *Annales*, consacra à notre Revue et à la Société médico-psychologique « le meilleur de son temps et peut-être de son talent ».

(4) *Annales médico-psychologiques*, mai-juin 1920, pages 230-231.

(5) En 1916 parut un seul volume. Il en fut de même en 1917. Depuis 1918, sans interruption, deux volumes ont paru chaque année.

En 1848, parurent deux volumes. Une note que l'on trouve à la dernière page du numéro de mars 1848 déclare simplement : « Nous avons été bien en retard pour la publication de ce cahier : les grands événements politiques qui viennent de s'accomplir nous ont apporté quelques entraves. »

Relatons que le premier volume de l'année 1848 contient une « lettre du D<sup>r</sup> Michea au citoyen Thierry, directeur des hôpitaux et hospices civils de Paris, sur l'injustice et le danger qu'il y aurait à supprimer le concours spécial pour les places de médecin des aliénés ». Il s'agissait..., déjà..., des services de la Salpêtrière et de Bicêtre qui depuis, malgré tant de travaux scientifiques remarquables ayant contribué à l'édification de la psychiatrie et au renom de ces hospices, ont été, une fois encore désaffectés ! Comme beaucoup d'autres, ces pages de notre Revue peuvent être utilement relues (1).

Dans le tome II de la même année 1848, Henri Dagonet écrivait à propos des nombreux suicides consécutifs aux « derniers événements politiques » : « Du milieu des éléments de discorde surgissent de terribles difficultés contre lesquelles vont se briser des intelligences mal organisées. » Il signalait l'influence de l'hérédité, l'association homicide-suicide, et le suicide des enfants (2). Dans un mémoire lu à l'Académie de médecine peu après la révolution de février, Belhomme avait attiré l'attention sur l'influence des événements et des commotions politiques sur le développement de la folie. Baillarger était d'un avis opposé. Ferrus déclara que si cette augmentation avait pu être observée dans quelques établissements, elle était loin d'être générale. Brierre de Boismont, auteur d'un mémoire intitulé « Influence des derniers événements sur le développement de la folie » (3), s'appliqua à réfuter l'opinion de Baillarger. Il fit même la remarque que « presque tous les individus qui appartenaient au parti conservateur avaient des monomanies tristes, tandis que ceux qui avaient embrassé les idées nouvelles étaient atteints de manies ou de monomanies gaies ». Dans le numéro de janvier 1852, on trouve sous sa signature un intéressant compte rendu d'un article de Winslow sur la politique et la folie. Après avoir décrit la psychologie des « grands agitateurs » et des « acteurs principaux » des révolutions, Brierre de Boismont ajoute : « Quand

(1) Dans le numéro de mars 1878 des *Annales* fut annoncée la décision de M. le Préfet de la Seine de rétablir ce concours. Une commission composée de Vulpian, Baillarger, Constans, Albert Guérin, Moutard-Martin, Loiseau et Thulié fut chargée d'en établir le programme.

(2) *Annales médico-psychologiques*, 1848, tome II, page 96.

(3) *L'Union médicale*, 20 juillet 1848.

tout le monde est fou, le désordre individuel attire peu l'attention. » (1).

Le numéro de janvier 1851 relate une communication orale de M. le Procureur de la République sur l'application aux journaux de médecine de la « Loi sur la presse ». Dans le numéro d'avril 1852 (page 325), on peut lire une protestation de Brierre de Boismont contre le décret du 25 mars donnant aux Préfets la nomination des médecins des asiles, l'autorité centrale se réservant la nomination des directeurs, protestation dans laquelle il déclare que « la nomination des médecins par le ministre, en les élevant au rang de fonctionnaires publics, les investissait d'une autorité toujours nécessaire pour faire exécuter les ordres. »

En 1870 et 1871, deux volumes des *Annales* parurent chaque année. Toutefois, la Société médico-psychologique, réunie en séance ordinaire le 26 octobre 1870 sous la présidence de Lasègue, décida « qu'en raison de la gravité des circonstances, les questions à l'ordre du jour seraient renvoyées à l'une des prochaines séances ». L'interruption dura cinq mois. La séance suivante n'eut lieu que le 27 mars 1871, sous la présidence de J. Falret, vice-président. A cette séance, Doutrebente, Darnis et Bouteille furent élus membres correspondants de la Société, cependant qu'Hildenbrand, médecin-chef à l'asile public de Stephansfeld, posait sa candidature : il fut élu à l'unanimité à la séance du 31 juillet 1871. A la séance du 24 avril 1871, une discussion s'engagea, à laquelle prirent part Legrand du Saulle, Motet, Brochin, Linas, Loiseau, J. Falret et M. Trélat, sur les troubles mentaux aigus présentés par les militaires varioleux, typhiques, traumatisés, etc. M. Trélat y rappela qu'« il est d'expérience que les affections aiguës intercurrentes apportent de profondes modifications dans l'état mental des aliénés, qui peuvent même parfois recouvrer momentanément la raison » (2).

C'est à la séance du 26 juin 1871 que furent présentées les communications relatives à « l'influence exercée par la guerre sur l'aliénation mentale et le service des aliénés » (3). Morel y

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1872, pages 98-103.

(2) *Annales médico-psychologiques*, 1871, tome I, page 414.

(3) Sur cette même question d'actualité, on trouvera dans les *Annales médico-psychologiques* un très important mémoire de Lunier. La première partie de ce mémoire intitulée « Influence des événements de 1870-1871 sur le mouvement de l'aliénation mentale en France » parut en 1872, tome II, page 261. Sous le titre « De l'influence des grandes commotions politiques et sociales sur le développement des maladies mentales », la suite parut dans les volumes de 1873, tome I, pages 241 et 427 ; tome II, pages 22, 237 et 430 ; et de 1874, tome I, pages 36 et 350.

lut un long mémoire traitant de l'influence des événements de guerre sur le « délire panophibique des aliénés gémissieurs » (1). Bourdin lui fit observer que les événements n'agissent dans ce sens que sur un terrain préparé. « L'action pathogénique des grandes commotions publiques, déclara Bourdin, opère sur la forme, non sur le fond des maladies » (2). Il appuya, après Morel, l'opinion d'Esquirol sur les menaces héréditaires pesant après de tels événements sur les enfants à naître. Comme le rappela Baillarger, Esquirol avait noté que ce ne fut pas pendant mais après la Terreur, lors de la détente qui se produisit une fois le danger passé, que fut constatée une plus grande fréquence des cas de folie.

On lira avec intérêt le mémoire plein de faits et d'une grande élévation de pensée qu'à la même séance Legrand du Saulle consacre à l'état mental des habitants de Paris pendant les événements de 1870-1871. Il y affirme aussi que « les révolutions et les émeutes ne frappent que l'intelligence des individus prédisposés ». Il insiste également sur l'influence des émotions terrifiantes sur les enfants conçus dans de telles périodes. Il donne même aux médecins des conseils d'ordre général : « Pour le médecin, toute question relative à la forme du gouvernement doit être lettre morte. Ce qu'il doit recevoir, conserver et transmettre, c'est la tradition médicale. Ce qu'il doit aimer, c'est le progrès scientifique. Ce qu'il doit servir, c'est l'humanité aux prises avec la souffrance. »

« Pour lui, la politique n'existe pas. Il doit constamment planer au-dessus des discussions de parti, des petitesse gouvernementales, des passions factieuses, des trames insurrectionnelles, et ne jamais descendre dans ces brillantes arènes où les hommes débudent par des discours et finissent par des forfaits. »

Tout autre était, d'ailleurs, l'opinion de Delasiauve, s'exprimant ainsi dans un mémoire d'un ton différent mais que les circonstances dans lesquelles il fut écrit rendent actuellement d'un grand intérêt : « En général, on se désintéresse trop des questions d'intérêt public. Prêtre, médecin, avocat, savant, administrateur, riche propriétaire, etc..., si vous croyez avoir suffisamment payé votre dette en vaquant honnêtement aux fonctions immédiates de votre état ou à vos affaires privées, votre erreur est grande » (3).

Dans le numéro de juillet 1871 des *Annales médico-psycholo-*

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1871, tome II, pages 321-367.

(2) *Annales médico-psychologiques*, 1871, tome II, page 221.

(3) DELASIAUVE. — Psychologie sociale. L'Épreuve. *Journal de médecine mentale*, tome X, sept.-déc. 1870, page 259.



giques figurent les réintégrations de médecins et administrateurs déclarés abusivement révoqués ainsi que des renseignements sur le fonctionnement ininterrompu pendant les événements, ou sur la remise en fonctions, d'asiles et de maisons de santé du département de la Seine. Dans ces souvenirs du passé, certains pourront trouver des éléments de réconfort.

Notons encore que parmi les 80 membres du Conseil Municipal de Paris, nommés les 23 et 30 juillet 1871, figuraient 3 aliénistes : G. Blanche, Ch. Loiseau et Trélat père, tous trois membres de la Société médico-psychologique dont Loiseau était alors secrétaire général.

De 1871 à 1914, les *Annales* continuèrent dans la paix leur travail scientifique. La guerre de 1914-1918 n'arrêta pas complètement leur publication mais elle la ralentit et la suspendit même pendant plusieurs mois. Il en fut ainsi de la plupart des revues scientifiques, les ateliers d'imprimerie et de brochage ayant été brusquement privés de leur personnel. Interrompues après juillet 1914, ce n'est que le 27 mars 1916 que furent reprises les séances de la Société médico-psychologique. Les *Annales*, dont était paru le numéro d'août-septembre 1914, avaient repris leur publication dès le numéro de juillet-août 1915. Trois numéros parus en 1915 vinrent s'ajouter aux deux numéros du second semestre de 1914 pour constituer le volume de l'« année mixte 1914-1915 », permettant ainsi aux *Annales* de continuer leur tâche « *sine ira et studio*, avec cette haute sérénité qui convient à une critique vraiment scientifique » (Ant. Ritti). Dans le numéro de juillet-août 1915, en annonçant la reprise de la publication, Ant. Ritti conseillait aux lecteurs de « se retremper » dans la lecture de nos grands Maîtres français, « qui n'ont écrit leurs livres que sous la dictée de la méthode d'observation clinique, ne cherchant pas les théories au delà des faits, mais les tirant des faits eux-mêmes. » Notre traditionnelle méthode d'observation clinique, ajoutait-il, est « la pierre de touche de la vérité des théories en médecine mentale ».

Les volumes de cette période de guerre, auxquels beaucoup d'entre nous ont collaboré, sont trop près de nous pour qu'il soit utile de rappeler leur contenu (1). En feuilletant ces volumes, parus de 1914 à 1919, on constate que si l'étude des psychoses et

(1) C'est à la séance du 25 février 1918, qu'à l'occasion d'un congé de convalescence, j'eus l'honneur, sur la proposition d'Ant. Ritti, d'être désigné comme secrétaire des séances de la Société médico-psychologique. De ce jour, date pour moi la tâche absorbante que je devais poursuivre en qualité de collaborateur d'Ant. Ritti d'abord, puis d'Henri Colin, et enfin en 1930 comme secrétaire général de la Société et rédacteur en chef des *Annales médico-psychologiques*.

des névroses de guerre, de leurs réactions, de leur thérapeutique, de leur assistance est le souci constant des auteurs, ces études y voisinent avec des mémoires sur des questions psychiatriques sans rapport direct avec les événements. La permanence des recherches scientifiques d'ordre général s'y associe à la préoccupation de l'assistance et du traitement des victimes de la guerre.

En 1939, alors que les *Annales* étaient en plein développement, une guerre, qui actuellement encore ensanglante le monde entier, devait à nouveau éclater. Rapidement réalisée, la transformation des *Annales médico-psychologiques* était depuis 1931 un fait accompli. Le nombre des pages allait augmentant, la diffusion de la *Revue* s'élargissait chaque année. De nombreux mémoires, originaux, les comptes rendus *in extenso* des séances de la Société médico-psychologique, de nombreux comptes rendus résumés de Sociétés scientifiques françaises et étrangères ainsi que de Réunions et de Congrès divers, de nombreuses analyses de travaux français et étrangers (1) étaient la matière toujours plus abondante des dix numéros annuels. D'autres améliorations projetées devaient être réalisées à mesure que le permettrait l'amélioration du budget des *Annales*. Brusquement, les conditions changent. Peu à peu les frontières existantes se ferment aux envois de la *Revue*. De nouvelles frontières se dressent, et à l'intérieur même du pays. Une réglementation rigide limite le nombre de pages de toutes les revues. La main-d'œuvre se raréfie dans les imprimeries. Le papier enfin devient introuvable. Et pourtant, jusqu'à ce jour, grâce en particulier au dévoué concours de l'Imprimerie A. Coueslant, de ses gérants et de tout son personnel, les *Annales* ont pu paraître régulièrement, publier chaque année, aux dates indiquées, le nombre de pages permis par la réglementation actuelle. En dépit des obstacles, la Société médico-psychologique a tenu régulièrement toutes ses séances, à la seule exception de la séance du lundi 24 juin 1940 pour laquelle les moyens de transport vinrent à manquer. Les auteurs ayant accepté de réduire légèrement la longueur du texte de leurs communications, les comptes rendus des séances ont pu, jusqu'à ce jour, être publiés *in extenso*.

(1) Sans oublier toutefois l'exemple donné par Foureroy il y a un siècle et demi : « Nous nous permettrons à la vérité de faire un choix ; car nous pensons que c'est se rendre peu utile que de présenter une liste immense d'ouvrages dans toutes les langues, de toutes les compilations qui se renouvellent sans cesse, et d'entasser sans goût, comme sans méthode, des extraits de tout ce qui paraît dans la république médicale. » (*La Médecine éclairée par les sciences physiques ou Journal des Découvertes relatives aux différentes parties de l'Art de guérir*, tome II, n° VI, page 1).

En attendant le moment où la suppression de toute réglementation limitative, le retour de la main-d'œuvre, l'abondance des matières premières permettront de reprendre et de réaliser les projets d'extension et d'amélioration, la vie des *Annales médico-psychologiques* continue. Le programme annoncé en 1930 (1) ne faisait que reprendre une phrase de Cerise : « La voie des réformes et des améliorations est ouverte. Il faut à notre époque s'enquérir des progrès indispensables, des lacunes nombreuses à combler. » Ce programme reste le nôtre.

#### LES ANNALES ET LES ASILES D'ALIÉNÉS

Une œuvre comme celle entreprise par les fondateurs des *Annales médico-psychologiques* se juge non seulement par son succès propre, par sa continuité dans le temps, mais encore par sa valeur d'exemple, par les services rendus, par ses aptitudes créatrices.

Dès 1848, les rédacteurs des *Annales* pouvaient écrire que leur exemple avait été suivi et signaler l'apparition de trois journaux analogues, l'un en Allemagne, le second en Angleterre et le troisième en Amérique. « En Italie, ajoutaient-ils, il le sera bientôt. » (2). L'exemple fut également suivi en France même.

Quant aux services rendus, ils sont tels que pour les apprécier il faudrait refaire ici un siècle d'histoire de la psychiatrie française et de son influence. La tâche a de quoi tenter mais elle dépasse les possibilités du moment autant que les limites imposées par les circonstances à ce bref aperçu.

Ces services d'ailleurs ne furent pas uniquement d'ordre scientifique mais aussi d'ordre professionnel. « En fondant, il y a six ans, les *Annales médico-psychologiques*, rappelaient en novembre 1848 les rédacteurs des *Annales*, nous avons eu surtout pour but d'élever une tribune aux médecins des asiles d'aliénés, d'établir entre eux un lien commun, enfin, de réunir en un faisceau les documents épars qui intéressent la spécialité si étendue des maladies mentales (3). »

Les *Annales* ont toujours été une tribune ouverte aux médecins des asiles publics d'aliénés dont les travaux ont apporté au succès de cette Revue une contribution particulièrement importante. Ils figurent en grand nombre dans le Comité de Rédaction

(1) René CHARPENTIER. — A nos lecteurs. *Annales médico-psychologiques*, décembre 1930, page 361.

(2) *Annales médico-psychologiques*, 1848, tome I, page 2.

(3) *Annales médico-psychologiques*. Avis à nos abonnés, 1848, tome II, page 437.

et parmi les collaborateurs habituels des *Annales*. Jamais il n'est fait appel en vain à leur collaboration. On ne saurait retracer l'histoire de nos *Annales* et de leurs filiales sans souligner l'importance du rôle des médecins des hôpitaux psychiatriques français et de leurs travaux scientifiques.

Le 30 mai 1850, le ministre de l'Intérieur autorisait « les directeurs des *Annales médico-psychologiques* à insérer dans leur journal les nominations et mutations qui ont lieu dans le personnel des employés des asiles, et les documents qui seront jugés pouvoir être publiés sans inconvénient » (1). Les premières, dès janvier 1860, sous le titre « Tableau des asiles d'aliénés de France », les *Annales* publièrent la liste des différents asiles avec les noms des directeurs et médecins de ces établissements (2).

Chaque numéro des *Annales médico-psychologiques* contient dans les « Variétés » une rubrique consacrée à la vie des hôpitaux psychiatriques. On y trouve déjà l'arrêté du 29 août 1862 qui intéresse les internes des asiles publics d'aliénés (3), maintenant désignés sous le nom d'internes des hôpitaux psychiatriques, arrêté dont voici le texte :

Arrêté du 29 août 1862 concernant les internes des asiles d'aliénés :

« Le Ministre de l'Instruction publique et des cultes,

« ARRÊTE :

« Les élèves des Facultés de médecine et des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, nommés internes des asiles publics d'aliénés jouiront, à ce titre, des avantages réservés, par l'art. 5 du décret du 18 juin 1862, à ceux qui ont obtenu au concours le titre d'interne dans un hôpital.

« Fait à Paris, le 29 août 1862.

« ROULAND. »

En plus des travaux scientifiques, les *Annales* ont toujours réservé une place aux mémoires concernant l'assistance et la législation psychiatriques ainsi qu'aux nouvelles d'ordre professionnel. Elles n'ont jamais cessé d'être, non seulement pour les médecins des asiles entre eux, mais pour tous les psychiatres français, le lien souhaité par leurs fondateurs. Ce lien même parut vite insuffisant aux fondateurs des *Annales médico-psychologiques*.

(1) *Annales médico-psychologiques*, juillet 1850, page 537.

(2) *Annales médico-psychologiques*, janvier 1860, page 172.

(3) *Annales médico-psychologiques*, octobre 1862, page 725.

## Les filiales des Annales médico-psychologiques

## LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Ainsi que je l'ai rappelé ailleurs (1), dès le 10 avril 1845, Morel, alors en voyage d'études en Belgique, en Hollande et en Allemagne, avait, dans une lettre adressée à Ferrus, exprimé son désir de voir se fonder en France « une Société médicale dont le but serait l'étude de tout ce qui peut intéresser la pathologie et la physiologie du système nerveux, ainsi que l'amélioration des maisons d'aliénés. » Dans une « lettre à M. Renaudin sur la statistique appliquée à l'étude des maladies mentales », lettre qu'il publia dans le numéro de mars 1846 des *Annales médico-psychologiques*, Baillarger, ayant adopté l'idée de Morel, écrivait :

« Il faut pour que les données statistiques aient une véritable valeur :

« 1° qu'elles reposent sur des faits très nombreux ;

« 2° que ces faits aient été recueillis d'après des idées communes, et par conséquent qu'ils soient parfaitement comparables.

« Or, ces deux conditions ne peuvent être obtenues pour beaucoup de points de l'étude des maladies mentales que par une association de médecins travaillant en commun à la solution de questions discutées à l'avance. »

L'idée de généraliser l'emploi de la statistique pour l'étude des maladies mentales n'est, on le voit, pas nouvelle, de même que les réserves qu'il convient de faire à son emploi inconsidéré.

En juillet 1846, signalant la fondation à Londres, le 15 avril 1842, d'une « Société pour l'amélioration du sort des aliénés », Baillarger insistait à nouveau en concluant : « Il serait à désirer qu'il y eût en France une pareille association.

De nombreuses adhésions affluèrent, parmi lesquelles celle de Renaudin, alors à l'asile de Fains, celle aussi d'Aubanel, de Marseille, qui proposa d'adjoindre à un programme purement scientifique les questions se rattachant à « la législation sur les aliénés et à l'organisation des maisons destinées à leur donner asile ».

Le samedi 18 décembre 1847 une association nommée *Société*

(1) René CHARPENTIER. — Allocution prononcée à la séance tenue par la Société médico-psychologique le 26 juillet 1937, à l'occasion des Congrès réunis à Paris pendant l'Exposition Internationale des Arts et Techniques. *Annales médico-psychologiques*, juillet 1937, page 238.



*médico-psychologique* était constituée. Le numéro de janvier 1848 des *Annales* en apportait à la fois la nouvelle et le règlement déjà établi. La nouvelle Société réunissait « non seulement la plupart des médecins dont la vie est consacrée à l'étude et au traitement de la folie, mais encore un nombre déterminé de physiologistes, d'administrateurs, d'érudits, de juriseonsultes, de moralistes et de philosophes, dont les travaux se rattachent plus ou moins directement à la connaissance ou à la direction de l'homme moral et intellectuel ». C'était, on le voit, une Société dans laquelle, « à côté de la pathologie mentale largement représentée, une grande place, une place légitime » devait être accordée « aux divers éléments de la Science de l'homme ».

Mais, ce fut février 1848. La publication de la liste des membres avait été annoncée et devait paraître dans le numéro suivant, celui de mars 1848, qui fut retardé par « de grands événements politiques ». Elle n'y figure pas. « Les sciences ont essentiellement besoin de repos et de stabilité : l'agitation et les bouleversements sont leurs plus cruels ennemis. » (1).

Réunis une seconde fois quatre ans plus tard, en mars 1852, les anciens membres de la Société et de nouveaux qui s'étaient joints à eux décidèrent de reprendre ce projet. Ils confièrent à Dechambre, Carrière et Michéa le soin de rédiger un nouveau règlement. Telle fut la première commission désignée par notre Société. Michéa en était le rapporteur. Son rapport (2) et le texte du règlement proposé pour « être soumis à l'autorité » furent adoptés à l'unanimité des vingt membres présents. Constatant les progrès « évidents et incontestables » accomplis depuis un demi-siècle par la pathologie mentale ses auteurs confirmaient le but de la Société, but qui était d'obtenir « un rapprochement entre les sciences naturelles et les sciences morales ».

La première séance de la Société eut lieu le 26 avril 1852. Le numéro de juillet 1852 indique (page 489) que la « Société des *Annales médico-psychologiques* » se trouve « constituée, sauf l'approbation du gouvernement ». Il ajoute que, dans la séance du 26 avril, ont été nommés : président, Ferrus ; vice-président, Gerdy ; secrétaire général, Dechambre ; secrétaire-trésorier, Brierre de Boismont ; secrétaire-archiviste, Michéa (3). Cette séance fut uniquement consacrée à la constitution de la Société et à l'élection du Bureau. Un Comité de rédaction, composé de

(1) *Annales médico-psychologiques*, avril 1852, page 226.

(2) *Id.*, pages 227-234.

(3) On trouve une liste des premiers membres de la Société dans le numéro de juillet 1853 (page 538) des *Annales médico-psychologiques*.

Buchez, Baillarger et Cerise, fut désigné. Cerise avait pris « une part active à la fondation de la Société » (Delasiauve). Dès 1856, il succéda à Dechambre dans les fonctions de secrétaire général.

Une demande d'autorisation, signée par les membres du bureau, et accompagnée d'un exemplaire du règlement, fut adressée à M. le ministre de l'Instruction publique. La réponse fut favorable, et le 28 juin 1852, au cours d'une séance présidée par Gerdy, Delasiauve lut un mémoire intitulé « D'une forme mal décrite de délire consécutif à l'épilepsie ». Cette importante lecture, car il s'agit, en fait, d'une très intéressante extension des conceptions antérieures de Delasiauve sur la « stupidité » et le *delirium tremens*, c'est-à-dire de la confusion mentale (1), fut suivie d'une discussion assez vive entre Baillarger et Delasiauve sur le sens du mot « lypémanie » et sur les rapports de la lypémanie avec la stupidité. Rapportant ensuite une observation de délire de grossesse, Baillarger signala trois cas de retour des règles chez des « femmes érotomanes âgées ».

Tels furent les débuts de notre Société, dont l'activité depuis n'a plus cessé. Le compte rendu de cette séance lui donne le nom qu'elle conserva de *Société médico-psychologique*, et non plus celui de « Société des Annales médico-psychologiques » (2). Mais la vie de la Société resta intimement liée à celle des *Annales* et la part réservée à son *Bulletin* a pris dans les *Annales* une place toujours plus grande.

Si grande que, dès le numéro d'octobre 1859, on peut lire (page 642) dans les *Annales* : « Les travaux de la Société Médico-psychologique ont pris un tel accroissement depuis un an que, pour leur donner place dans les *Annales*, nous nous sommes trouvés forcément dans la nécessité de faire attendre quelques-uns de nos savants et zélés correspondants, dont les communications dorment, malgré nous, dans nos cartons. » Que diraient aujourd'hui les directeurs des *Annales* de 1859, Baillarger, Moreau de Tours et Cerise, devant la longueur des comptes rendus des séances de la Société, et devant les manuscrits de mémoires originaux et d'analyses qui s'accumulent attendant leur tour ?

(1) « Au total, écrivait Delasiauve, l'épilepsie, entre autres perturbations mentales, donne évidemment lieu à une espèce de folie qui se rapproche beaucoup du *delirium tremens*, ou stupidité ébrieuse. Cette forme se distingue de la démence en ce que les facultés sont plutôt enchaînées que détruites ; elle ne diffère point de la manie par des caractères moins tranchés. » (*Annales médico-psychologiques*, octobre 1852, page 498).

(2) Toutefois, le mémoire de Delasiauve fut imprimé dans les *Annales* avec la mention : « Lu à la Société des Annales médico-psychologiques dans la séance du 28 juin. » (*Id.*, page 491).

J'ai eu la curiosité de rechercher le nombre de pages qui créait à mes prédécesseurs ces difficultés. Au nombre de 9, en une année, les séances d'octobre 1858 à juillet 1859 de la Société avaient au total occupé seulement 146 pages des *Annales* !

Mais il est juste de constater que, grâce sans doute à la ponctualité avec laquelle les textes des communications sont remis en séance conformément au Règlement et grâce à l'activité du secrétariat de la Société, la rédaction des *Annales* n'a plus jamais l'occasion d'annoncer, comme elle le fit dans le numéro de mars 1864 (page 316), que, les délais accordés expirés, « elle fera paraître le journal » sans attendre « comme elle l'a fait trop souvent, les documents émanant de la Société ». Aucun membre de la Société ne voudrait apporter un obstacle personnel à la publication du *Bulletin*.

Le premier dîner en commun des membres de la Société médico-psychologique dont j'aie trouvé trace eut lieu le 26 février 1855. Cette tradition, parfois interrompue, mais toujours renouée quand les circonstances le permettent, est donc presque aussi ancienne, peut-être même aussi ancienne, que la Société elle-même. A ce « *banquet annuel de la Société médico-psychologique* », des toasts furent portés : d'abord par Buchez, président, aux membres fondateurs de la Société ; puis par Cerise « qui, dans une élégante improvisation, a fait ressortir l'importance des travaux de la Société et les résultats qu'il est permis d'attendre de ses discussions pour l'avancement des sciences psychiatriques » ; par Moreau (de Tours), enfin, qui « a applaudi chaleureusement au zèle qu'apporte la Société à approfondir et élucider les questions relatives à la médecine légale des aliénés, questions à la solution desquelles se rattachent les intérêts les plus chers de l'humanité » (1).

Il fut bientôt rendu justice à l'importance des travaux de la Société médico-psychologique. Le 11 décembre 1867, un décret impérial reconnaissait la Société « comme *établissement d'utilité publique* ». On trouvera dans le numéro de janvier 1868 le texte de ce décret et le texte de l'arrêté ministériel du 19 décembre 1867, approuvant les statuts révisés en mars 1867. Depuis cette date, les dispositions s'appliquant aux Sociétés reconnues comme établissement d'utilité publique ont nécessité d'autres modifications des Statuts et du Règlement de la Société. Les Statuts et le Règlement actuellement en vigueur ont été mis au point et votés par la Société, dont j'étais alors secrétaire général,

(1) *Annales médico-psychologiques*, avril 1875, page 360.

à l'occasion de la fusion des Sociétés psychiatriques (1). Ces Statuts ont été approuvés par décret présidentiel du 30 juillet 1932 (2). Le Règlement a reçu l'approbation de M. le Ministre de l'Intérieur le 21 février 1933 (3).

C'est lors de modifications antérieures des Statuts de la Société qu'avaient été explicitement ajoutées au programme de 1852 : l'anatomie pathologique et la science des rapports du physique et du moral, à vrai dire toutes deux déjà sous-entendues. Le mot administration, qui figure dans le texte primitif, s'est trouvé remplacé par celui d'assistance. La Société, qui, dit l'article premier des Statuts, a pour but l'étude et le perfectionnement de la pathologie mentale, comprend dans ses travaux toutes les sciences auxiliaires qui peuvent en favoriser le progrès. Elle s'occupe spécialement des objets suivants :

- 1° Pathologie mentale et pathologie du système nerveux ;
- 2° Anatomie et physiologie du système nerveux, anatomie pathologique ;
- 3° Science des rapports du physique et du moral ;
- 4° Hygiène morale, éducation ou prophylaxie de l'aliénation mentale et des névroses, hygiène pénitentiaire, études historiques sur les maladies de la sensibilité et de l'intelligence ;

(1) Deux autres Sociétés avaient été fondées en 1908. Toutes deux conçues pour l'examen clinique avaient fixé leur siège à l'Asile Sainte-Anne où il est plus facile d'amener et d'examiner certains malades qu'au siège de la Société médico-psychologique. L'une, la « Société clinique de médecine mentale », dont Henri Colin était secrétaire général, tint sa première séance à l'Admission, le 26 mai 1908, sous la présidence de Magnan. L'autre, la « Société de psychiatrie », dont G. Deny était secrétaire général tint sa première séance à la Clinique de la Faculté le 18 juin 1908, sous la présidence de Joffroy. La plupart des membres de ces deux sociétés étaient également membres de la Société médico-psychologique. En juin 1930, les trois sociétés élurent chacune une commission pour étudier les modalités d'une fusion. Demandant depuis longtemps leur réunion, je fus désigné par les trois sociétés pour faire partie de leur commission. Réunies sous la présidence de J. Capgras, président de la Société médico-psychologique, ces trois commissions furent unanimes à voter le projet de fusion que présenta la commission élue par la Société médico-psychologique. Le projet fut adopté définitivement au mois de novembre 1930 par chacune des trois sociétés réunies en assemblée générale. La Société médico-psychologique absorba les deux autres sociétés et décida de tenir, chaque mois, en plus de la séance ordinaire tenue rue de Seine, une séance « de clinique et d'études bio-psychiatriques » dans l'un des hôpitaux ou asiles du département de la Seine (voir René Charpentier : La fusion des Sociétés psychiatriques parisiennes, *Annales médico-psychologiques*, 1930, tome II, page 265 et *Annales médico-psychologiques*, 1930, tome II, pages 313 et 405).

(2) Statuts de la Société médico-psychologique, *Annales médico-psychologiques*, octobre 1932, page 332.

(3) Règlement de la Société médico-psychologique, *Annales médico-psychologiques*, mars 1933, page 327.

5° Assistance, médecine légale, jurisprudence et statistique des aliénés ;

6° Philosophie, physiologie psychologique, ethnologie, histoire, considérées dans leurs relations avec la science des rapports du physique et du moral.

Au début de l'année 1939, la Société médico-psychologique réunissait 448 membres, parmi lesquels 191 membres étrangers. Depuis sa fondation, il n'est aucune des grandes questions de la psychiatrie qui n'ait été présentée et longuement discutée à ses séances. Ce serait être incomplet que de traiter l'une ou l'autre de ces questions sans se reporter aux importantes discussions dont elles ont été l'objet. Les trois volumes de *Tables générales et analytiques* (1843-1866 ; 1866-1878 ; 1879-1930) des *Annales médico-psychologiques* rendent particulièrement facile la consultation des *Annales* et des comptes rendus des séances de la Société.

Depuis le début de la guerre actuelle, la Société médico-psychologique n'a ni suspendu, ni même ralenti son activité. Ses séances, présidées en 1942 par M. André Barbé, médecin de la Salpêtrière, le seront en 1943 par M. Henri Beaudouin, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, actuellement vice-président. Depuis 1941, le secrétaire général est M. Jacques Vié, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Maison-Blanche (1). Selon le vœu d'Ant. Ritti, qui fut de 1882 à 1920 le modèle des secrétaires généraux, la Société médico-psychologique est « classée au nombre des réunions scientifiques les plus autorisées ».

#### LE CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

Il ne serait pas moins injuste d'oublier que c'est à la Société médico-psychologique, fille des *Annales médico-psychologiques*, qu'est due la création de nos Congrès annuels. C'est Morel encore qui, le lundi 27 avril 1863, au banquet annuel de la Société médico-psychologique, banquet organisé cette année-là par Legrand du Saulle dans les salons du restaurant Philippe, rue Montorgueil, et présidé par Delasiauve, porta un toast « à la création d'un futur Congrès aliéniste à Paris » (2). Morel renou-

(1) Au moment où nous mettons sous presse, nous apprenons que M. Jacques Vié ayant été mis par son état de santé dans l'obligation de quitter ces fonctions, l'Assemblée générale du 21 décembre 1942 a élu pour lui succéder, en qualité de secrétaire général, M. Jacques Dublineau, déjà secrétaire des séances de la Société.

(2) *Annales médico-psychologiques*, 1863, tome I, page 472.



vola ce vœu au banquet annuel de 1866, en attirant cette fois l'attention sur le fait qu'un Congrès médical en voie d'organisation devait se tenir à Paris pendant l'Exposition de 1867.

Accueillant la proposition de Morel, la Société médico-psychologique envisagea d'abord la possibilité de se joindre à ce Congrès médical international que présida Bouillaud et dont Jaccoud fut le secrétaire général. Mais après avoir, dans sa séance du 24 décembre 1866, entendu lecture d'un rapport de Lunier, elle décida d'organiser, sous forme d'une « session extraordinaire », un Congrès particulier. Conformément à cette décision, la Société médico-psychologique organisa, pour la première fois à Paris, à l'occasion de l'Exposition universelle, les 10, 12 et 14 août 1867, un « Congrès des médecins aliénistes » (1). Il eut lieu à la Faculté de médecine de Paris, salle des thèses, sous la présidence de Paul Janet, membre de l'Institut, président annuel de la Société. Cette réunion, qui prit le nom de « *Congrès aliéniste international* » (2), est l'ancêtre de nos Congrès actuels. Paul Janet y exprima d'ailleurs le vœu, exaucé depuis, de voir de ces travaux naître « à l'avenir, des rapports plus intimes et plus fréquents avec les Sociétés étrangères ».

De nombreuses questions furent traitées à ce premier Congrès de 1867. Lunier y présenta une proposition tendant à l'unification de la statistique des aliénés et à la création d'une statistique internationale uniforme. Soixante-dix ans plus tard, la même proposition était encore à l'ordre du jour du 2<sup>e</sup> Congrès international d'hygiène mentale de Paris (1937). Elle attend toujours une solution. Pourtant, dès 1867, une Commission avait été désignée pour préparer cette unification de la statistique. Composée de Griesinger (de Berlin) et Roller (d'Illenau) pour l'Allemagne, de Buehnill (de Londres) et Harington Tuke (de Londres) pour l'Angleterre, de Mundy (de Moravie) pour l'Autriche, de Pujadas (de Barcelone) pour l'Espagne, de Lunier et de Jules Falret pour la France, et de Borrel (de Préfargier) pour la Suisse (3), elle s'était adjoint Motet comme secrétaire. Si cette commission ne réussit pas à faire aboutir un projet, les efforts ultérieurs tout aussi inefficaces ont montré qu'elle avait bien des excuses. Dans la discussion, Berthier suggéra « que la base — non pas

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1867, tome X, page 227.

(2) Congrès aliéniste international, *Annales médico-psychologiques*, 1867, tome X, page 491.

(3) Au nombre des membres étrangers qui prirent part à ce congrès se trouvaient aussi Cramer (de Rosegg-Soleure), Fescherin (de la Waldau, Berne), Lombroso (de Pavie), Sibbald (de Lochgilphead), etc.

d'une bonne statistique, mais de la meilleure statistique sur l'aliénation mentale — serait *l'accord préalable des médecins aliénistes sur les éléments fondamentaux de notre idiome*, serait le travail par un Congrès *élaborant un vocabulaire*, comme le travail par l'Académie française définissant les termes du langage ». Objection pertinente, dont le temps n'a en rien diminué la portée et qui peut en partie expliquer pourquoi la question reste toujours sans solution. Suggestion ironiquement ambitieuse d'un observateur prévoyant avec raison que la confusion dans les mots ne ferait qu'augmenter. Dans les mots comme dans les choses, combien ne trouvent que ce qu'ils cherchent !

Dès ce premier Congrès, les membres s'étaient « réunis dans un banquet confraternel où n'a cessé de régner la plus franche cordialité » inaugurant ainsi une tradition fidèlement suivie depuis à chacun de nos Congrès.

A l'Exposition universelle de 1867, le Congrès n'avait pas été la seule manifestation psychiatrique. En effet, dès la séance du 10 juin 1867 de la Société médico-psychologique, le Dr Mundy (de Moravie) avait invité les membres de la Société à venir visiter, dans la section autrichienne de l'Exposition, une « maison modèle » spécimen du système familial qu'il proposait d'appliquer au traitement des aliénés dans des habitations séparées, « cotage approprié au traitement des aliénés indigents dans la famille d'un gardien principal » (1). Dans cette maison figuraient également des plans et des projets d'asiles publics, de cliniques et de colonies d'aliénés.

Tel fut le succès du Congrès de 1867 qu'à sa dernière séance Griesinger et Borrel reprirent la proposition faite encore par Morel de renouveler une semblable réunion, cela « dans d'autres centres intellectuels et scientifiques ». Une commission fut aussitôt chargée de préparer « une nouvelle réunion internationale de médecins aliénistes ». En firent partie les membres étrangers présents auxquels furent adjoints, pour représenter la France, Brierre de Boismont, Delasiauve, Lunier et Morel. La commission décida qu'un deuxième Congrès aliéniste international se réunirait pendant cinq jours à Genève dans la première semaine d'octobre 1869.

(1) Ce chalet se composait de quatre pièces principales séparées par un corridor : à gauche, deux chambres pour le malade, rembourrées en caoutchouc avec grillages mobiles ; à droite deux pièces pour la famille du gardien. Au bout du couloir, à droite, une « miniature de cuisine » et à gauche, en face, un petit bureau et un petit cabinet muni d'une baignoire et d'un appareil à douche.

Une commission d'organisation fut chargée de recevoir toutes propositions utiles présentées par les « *Sociétés de psychiatrie* ». Cette commission d'organisation fut composée de Borrel (Suisse), Buchnill (Angleterre), Bulckens (Belgique), Griesinger (Prusse), Lombroso (Italie), Lunier (France), Mundy (Autriche) et Pujadas (Espagne). Elle choisit Lunier comme secrétaire général. C'était un excellent choix et le projet paraissait en bonne voie de réalisation lorsque des difficultés survinrent. A la séance du 26 avril 1869 de la Société Médico-psychologique, Lunier fit part d'objections présentées par des aliénistes suisses. Il fut proposé que le siège du Congrès, d'abord fixé à Genève, puis à Berne, fût transféré en Belgique, soit à Bruxelles, soit à Gand. Le souvenir de Guislain, mort en 1860, pouvait faire paraître le choix de Gand particulièrement indiqué et c'est Gand qui fut choisi.

En prévision de cette réunion, dont le programme figure dans le numéro de mai 1869 des *Annales* (page 538), le numéro de janvier 1869 des *Annales* avait même publié (page 32) le rapport de Lunier sur un projet de statistique applicable à l'étude des maladies mentales, rapport adressé aux différents « gouvernements et aux Sociétés de psychiatrie et de statistique ».

Mais, réunis à Gand le 27 juin 1869, les aliénistes belges ayant « pour des motifs divers décliné l'honneur de recevoir leurs confrères de l'étranger » et le temps manquant pour choisir une autre ville comme siège du Congrès en 1869, Lunier annonça, dans le numéro de juillet 1869 des *Annales*, l'ajournement au mois d'octobre 1870 du « Congrès aliéniste international ».

Et ce fut 1870-1871, « l'année terrible ».

En 1878, la nouvelle Exposition universelle fournit l'occasion de reprendre le projet. C'est encore sous les auspices de la Société médico-psychologique que se tint à Paris, du 5 au 10 août 1878, sous la présidence de Baillarger, le deuxième « *Congrès aliéniste international* ». Motet, alors secrétaire général de la Société, fut le secrétaire général de cette réunion, dont Ritti, « secrétaire-rédacteur » de la Société, fut également désigné comme secrétaire. Le Congrès réunit environ 150 médecins aliénistes, français et étrangers. Les mesures à prendre à l'égard des aliénés dits criminels, les « asiles de sûreté », les variétés cliniques de la paralysie générale, les délires instantanés transitoires furent les questions principales traitées. Jules Falret et Lasègue étaient rapporteurs. Gallopain, de l'asile d'Evreux, y exposa les résultats de ses recherches sur « l'anatomie pathologique du sang dans

les maladies mentales » (1). Christian y traita de l'épilepsie larvée et Eteheverria (de New-York) de la folie épileptique.

On se rappelle que c'est à l'Exposition universelle de 1878 que figura le tableau de Tony-Fleury représentant Pinel faisant enlever les chaînes des aliénées de la Salpêtrière. Ant. Ritti a fait justement observer que ce n'est pas à la Salpêtrière, où il ne vint qu'en 1794, mais dans son service de Bicêtre, en 1792, que Pinel brisa les chaînes dont on chargeait jusqu'alors les aliénés (2). Ces chaînes étaient d'ailleurs exposées dans le pavillon du Ministère de l'Intérieur, à côté d'une reproduction du tableau de Tony-Fleury. La reconstitution d'une loge d'aliéné servait à montrer comment les malades étaient traités un demi-siècle plus tôt. On pouvait également consulter des documents divers et prendre connaissance de plans d'établissements. Au pavillon de la Ville de Paris, une « exhibition psychiatrique » témoignait des progrès réalisés dès cette époque par l'Administration de la Seine qui exposait, en particulier, des travaux des aliénés internés dans ses asiles. Si le mot n'était pas encore employé, l'ergothérapie n'était, on le voit, ni ignorée, ni négligée (3).

Rappelons en passant qu'en cette même année 1878, Baillarger, Blanche, Legrand du Saulle, Magnan et Motet représentèrent la Société médico-psychologique au *Congrès international pour l'étude des questions relatives à l'alcoolisme*. C'est à ce Congrès que Magnan exposa son rapport sur l'action comparée de l'alcool et de l'absinthe.

En 1889, nouvelle Exposition universelle, nouveau Congrès. Un Comité d'organisation désigné par la Société dans sa séance du 29 octobre 1888 établit un programme qui fut adopté à la séance du 26 novembre 1888. Après s'être réuni le 23 février 1889,

(1) Signalons que Michéa avait déjà publié de 1848 à 1850, dans le Bulletin de la Société médico-pratique, des recherches sur l'analyse du sang dans la manie ; on en trouvera les conclusions dans le numéro d'octobre 1852 (page 647) des *Annales médico-psychologiques*.

(2) Ant. RITTI. L'aliénation mentale à l'Exposition universelle. *Annales médico-psychologiques*, novembre 1878, page 482.

(3) Je ne puis en donner meilleur témoignage que ces lignes écrites en 1794, par le Dr Iberti, et dans lesquelles il est question de l'hôpital de Saragosse : « Une expérience constante a prouvé, dans cet hôpital, que le moyen (de traitement) le plus efficace est l'occupation ou un travail qui exerce leurs membres. La plus grande partie des fous qu'on emploie dans les ateliers et offices de la maison, guérissent en général..... L'expérience a démontré que les fous de distinction, qu'on n'emploie pas comme les autres à des occupations serviles ou à des travaux des mains, guérissent très rarement. » (Détails sur l'hôpital de Saragosse en Espagne, destiné surtout au traitement des fous ou maniaques, par M. Iberti, docteur en médecine.)

ce Comité proposa de fixer au mois d'août 1889 la date du « *Congrès international de médecine mentale* ». La Société ayant adopté cette proposition dans sa séance du 25 février 1889, le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts accorda l'autorisation de tenir les séances du Congrès dans un des amphithéâtres du Collège de France. Le programme de ce Congrès, publié dans le numéro de janvier 1889 des *Annales* (page 169), annonçait que les rapports du Congrès seraient publiés dans les *Annales*. Rien ne saurait mieux souligner la filiation qui réunit aux *Annales médico-psychologiques* notre Société et nos Congrès.

Ce Congrès de 1889, qui eut un grand succès, réunit plus de 160 adhérents. Il était présidé par Jules Falret, en même temps rapporteur de la question des obsessions avec conscience. Le secrétaire général était Ant. Ritti. Eug. Charpentier et Paul Garnier furent désignés comme secrétaires des séances. On nomma présidents d'honneur : Calmeil, Delasiauve et Baillarger.

Ces trois réunions internationales, accueillies par tous avec faveur, avaient donné raison à Morel et amplement démontré l'utilité des Congrès.

Dès 1888, le professeur Georges Lemoine avait pris l'initiative de demander que fût organisé un « *Congrès annuel des médecins aliénistes* ». Cette idée d'une réunion annuelle de médecins aliénistes eut aussitôt l'appui de Pierret et de Ritti. De nombreuses adhésions suivirent et, tout d'abord, celle de Victor Parant, qui demanda à la Société médico-psychologique de prendre ces réunions sous son patronage. Aussi, sur la proposition de Georges Lemoine, le Congrès, dans sa séance du 8 août 1889, décida :

1° qu'un Congrès des médecins aliénistes français aurait lieu chaque année ;

2° que ce Congrès se réunirait chaque année dans une ville différente et tiendrait sa première session en 1890 à Rouen ;

3° que les médecins-directeurs des asiles d'aliénés de la Seine-Inférieure, MM. Delaporte et Giraud, seraient chargés de l'organisation de ce premier Congrès annuel.

En décrétant la fondation d'un Congrès annuel, avait dit G. Lemoine, « vous permettrez aux aliénistes de se connaître et de s'unir, à la médecine mentale de faire des progrès plus rapides, et à la science française de tenir le rang qu'elle doit occuper vis-à-vis de l'étranger ». Ritti fit aussi valoir que c'était là une œuvre de décentralisation permettant de connaître les divers asiles de France.



La première session eut lieu du 1<sup>er</sup> au 8 août 1890 sous la présidence de Ball. Giraud était secrétaire général. Dubuisson et Frédéric Combemale étaient secrétaires des séances. Delaporte, de Rouen, y ouvrit une longue discussion sur les rapports de la paralysie générale et de la syphilis. Eug. Charpentier y lut un travail sur les démences précoces. Parmi les vœux émis par ce premier Congrès de 1890, citons ceux qui demandaient l'institution à Paris d'un concours unique pour le recrutement des médecins des asiles, l'établissement de dispositions législatives prévoyant et assurant le recrutement des internes, l'institution dans les centres universitaires de stages dans les services de médecine mentale pour « mettre fin à l'insuffisance des connaissances en pathologie mentale », le développement de l'assistance aux épileptiques, idiots et crétins, etc.

Rouen fut donc le siège de la première session du « *Congrès des aliénistes de France* ». Cette cité, déclara Mordret, vice-président, lors de la dernière séance du Congrès, « cette cité, toute pleine des souvenirs des Parchappe, des Leudet, des Dumesnil, des Foville, et de bien d'autres aliénistes éminents, devait être celle où notre premier Congrès provincial tiendrait ses assises ». On peut dire, maintenant, ajoutait-il, que les Congrès annuels auront en France un plein succès.

Mordret fut bon prophète. Dès cette première session, il avait été décidé d'admettre les aliénistes belges et suisses de langue française à prendre part au Congrès. La deuxième session eut lieu à Lyon, du 3 au 8 août 1891, sous la présidence de Bouchereau et sous le nom de « *Congrès des aliénistes de langue française* ». Ces réunions annuelles étaient tellement « considérées comme une sorte d'émanation de la Société médico-psychologique » (Ant. Ritti) que le programme des quatre premières fut établi par le Bureau de la Société en accord avec le secrétaire général annuel du Congrès. Et ce fut le président annuel de la Société médico-psychologique qui les présida.

A la suite de l'adoption par le Congrès de l'heureuse proposition de Brissaud et de Sollier d'adjoindre aux aliénistes les neurologistes, c'est sous son titre actuel de « *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française* » que la 5<sup>e</sup> session fut tenue à Clermont-Ferrand sous la présidence de Pierret.

A la 34<sup>e</sup> session enfin, qui eut lieu à Lille du 21 au 26 juillet 1930 sous la présidence du professeur Abadie, l'Assemblée générale fut unanime à adopter ma proposition de transformer notre Congrès en une Association permanente pour laquelle pourrait

être introduite une demande de reconnaissance comme établissement d'utilité publique. Ayant, depuis la 24<sup>e</sup> session (Strasbourg, 1920), succédé dans les fonctions de secrétaire permanent du Congrès à Henry Meige et à René Semelaigne, j'eus la charge de suivre cette demande devant le Conseil d'Etat. L'approbation des statuts fut rendue difficile par le fait que l'Association comprenait d'autres membres que des médecins français. Mais, il fut entendu que le Bureau de l'Association devrait être entièrement composé de membres français (1). Je pus ainsi obtenir l'approbation des statuts et, par décret présidentiel du 23 août 1932, l'« Association dite Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française » fut reconnue comme établissement d'utilité publique. Le Règlement de l'Association fut approuvé par décision ministérielle en date du 17 novembre 1932 (2).

Rien, peut-être, ne montre mieux la filiation et les liens qui les unissent que de constater qu'à cette date, et pendant plusieurs années, les fonctions de rédacteur en chef des *Annales médico-psychologiques*, de secrétaire général de la Société médico-psychologique et de secrétaire permanent du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes m'étaient toutes trois confiées. La tâche était lourde.

Le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, dont le professeur Pierre Combemale, qui m'a succédé dans ces fonctions depuis 1934, assure le secrétariat général, vient de prouver sa vitalité en tenant, en dépit des circonstances et avec un vif succès, sa 43<sup>e</sup> session à Montpellier, du 28 au 30 octobre 1942, sous la présidence du Professeur Henri Roger (de Marseille).

(1) Le bureau de l'Association est aussi le bureau de la session annuelle. Cependant le bureau de la session comprend, en plus, un secrétaire annuel local qui peut être pris en dehors du bureau et du Conseil d'administration de l'Association. D'autre part, lorsque la session se tient hors de France, un deuxième président, choisi dans le pays où a lieu la session, est désigné pour exercer la présidence de la session, concurremment avec le président annuel de l'Association.

L'Association ne doit être composée que d'aliénistes et de neurologistes de France ou de pays de langue française. Toutefois, dans les conditions prévues par le Règlement, des membres adhérents, qui ne font pas partie de l'Association, peuvent être admis, quelle que soit leur nationalité, à chacune des sessions qu'elle organise.

(2) On trouvera le texte du décret de reconnaissance d'utilité publique, le texte des Statuts et le texte du Règlement, dans le volume des comptes rendus de la XXXVII<sup>e</sup> session (Rabat, 7-13 avril 1933) du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, pages 13 à 27 (Masson et Cie, édit.).

## L'ASSOCIATION MUTUELLE DES MÉDECINS ALIÉNISTES

Aux fondateurs des *Annales médico-psychologiques* et de la Société médico-psychologique aucune des formes de la misère n'était indifférente. Comment seraient-ils restés insensibles à celle qui peut atteindre les « médecins dont la vie est consacrée au traitement de la folie » ? En fondant les *Annales médico-psychologiques*, ils avaient voulu, ainsi que nous l'avons rappelé, non seulement « élever une tribune aux médecins des asiles d'aliénés », mais « établir entre eux un lien commun ». Or, en 1855, un ancien médecin d'asile, sans ressources, mourut à l'hôpital. Une souscription avait bien été ouverte en sa faveur, mais elle « n'avait procuré qu'une très faible somme ». Saisie de ce fait douloureux, la Société médico-psychologique décida, dans sa séance du 29 octobre 1855, de nommer une « Commission chargée d'examiner la question d'une association de bienfaisance » entre les « médecins des asiles d'aliénés de France ». Ferrus, Baillarger et Brierre de Boismont furent désignés comme membres de cette Commission (1).

Des associations analogues existaient déjà entre les médecins du département de la Seine et entre les médecins du département du Rhône. Pourtant, il fallut attendre dix ans pour arriver à constituer entre les médecins aliénistes de France une « association de bienfaisance ». A diverses reprises, il fut fait appel à la bienfaisance des membres de la famille médicale en faveur de médecins aliénistes, de leurs veuves ou de leurs enfants (2). Des souscriptions furent ouvertes dans des journaux de médecine. Les résultats furent très insuffisants et pourtant l'une de ces souscriptions était restée ouverte pendant plus de deux ans.

Lors d'une réunion qui eut lieu chez Baillarger, 3, rue de l'Université, au mois de mars 1865, les membres présents prirent la décision de constituer une caisse commune qui « donnât les moyens d'agir d'une manière efficace, prompte et digne, dans les cas où le malheur viendrait désormais à atteindre des médecins aliénistes français ou leur famille ». Une Commission provisoire, composée de neuf membres, confia à Legrand du Saulle la rédaction des statuts d'une « Caisse d'assistance mutuelle des médecins aliénistes ». Ces statuts (3) furent adoptés le 24 avril 1865 par une Assemblée générale, qui décida d'admettre comme fondateurs ou sociétaires :

(1) *Annales médico-psychologiques*, octobre 1855, page 713.

(2) *Annales médico-psychologiques*, mai 1865, page 531.

(3) *Annales médico-psychologiques*, mai 1865, pages 531-535.

1° les médecins attachés à des asiles publics ou privés d'aliénés, soit comme directeurs, médecins en chef ou médecins adjoints ;

2° les médecins ayant rempli les fonctions sus-dénommées ;

3° les médecins qui font partie de la Société médico-psychologique.

Des personnes ne pouvant pas figurer parmi les fondateurs ou les sociétaires pouvaient en outre être admises comme membres honoraires.

Trente membres étant déjà inscrits, Baillarger fut désigné pour les fonctions de président et Legrand du Saulle comme secrétaire. Le trésorier était Lunier. On trouvera dans le numéro de septembre 1865 des *Annales médico-psychologiques* (page 312) la première liste des membres de la « Caisse d'assistance mutuelle ». D'autres adhésions vinrent et, dès le numéro de novembre 1865 (page 466), parut une liste complémentaire. On était, cette fois, dans la bonne voie.

Grâce à l'actif concours de l'Inspecteur général Lunier, après avis du Conseil d'Etat en date du 17 janvier 1866, un décret impérial du 7 novembre 1866 reconnaissait l'« Association mutuelle des médecins aliénistes de France » comme établissement d'utilité publique et en approuvait les Statuts, tels qu'ils furent publiés dans le numéro de janvier 1867 (pages 183-185) des *Annales*. L'Association réunissait alors 75 membres (48 membres fondateurs, 25 membres sociétaires et 2 membres honoraires). Ainsi que le constata Legrand du Saulle à l'Assemblée générale du 29 avril 1867 (1), ce succès consacrait l'existence de la caisse mutuelle et protégeait ses moyens d'action. Le fonctionnement fut d'ailleurs immédiat, comme en témoigne le compte rendu de cette Assemblée générale. Le Règlement d'administration intérieure prévu à l'article 18 des Statuts fut arrêté dans une séance tenue le 11 mars 1867 au domicile de Baillarger et publié dans le numéro de mars 1867 (pages 344-348) des *Annales médico-psychologiques* ainsi que la liste des membres dont le nombre toujours croissant atteignait déjà 84.

Edifiée de façon aussi durable que les créations scientifiques des fondateurs de nos *Annales*, cette œuvre d'assistance médicale mutuelle poursuit son action. Il faut souhaiter que, restant scrupuleusement fidèle aux directives de ses fondateurs, elle continue à réunir tous les médecins des hôpitaux psychiatriques ou des établissements privés et tous les membres de la Société médico-psychologique. Des adhésions toujours plus nombreuses et des

(1) *Annales médico-psychologiques*, mai 1867, pages 523-528.

dons lui assureraient les ressources nécessaires à l'accomplissement effectif de son œuvre de solidarité médicale.



On le voit, les organisations psychiatriques françaises sont, directement ou indirectement, les filiales des *Annales médico-psychologiques*. Ce sera la conclusion de ce bref aperçu historique. Après avoir, fidèles à la pensée de Pinel, fondé les *Annales* en 1843 de façon durable, Baillarger et ses collaborateurs y rattachèrent successivement la Société médico-psychologique, l'Association mutuelle des médecins aliénistes et le Congrès des médecins aliénistes de France. Beaucoup d'autres œuvres médico-sociales furent l'objet de leurs heureuses initiatives, de leur efficace sollicitude, de leurs efforts persévérants. Sans vouloir les citer toutes, rappelons encore que Baillarger, Dechambre et Lunier ont fait partie de la Commission présidée par Barth et chargée, en 1872, de préparer l'organisation de l'*Association française contre l'abus des boissons alcooliques*.

Un tableau, même succinct et rapide, comme l'est celui-ci, de la vie et de l'œuvre des *Annales médico-psychologiques*, qui ne compterait pas à leur actif ces réalisations, serait fort incomplet. En apportant aujourd'hui quelques précisions, dont certaines sont peu connues, sur la vie centenaire des *Annales* et sur leurs filiales, nous avons voulu rendre un légitime hommage à ces précurseurs qui surent, non seulement prévoir les besoins de l'avenir, mais y pourvoir en construisant sur des bases solides.

On aura certainement remarqué que lorsque fut projeté de tenir en 1869 un deuxième Congrès international de médecins aliénistes, la Commission d'organisation réunie en 1867 décida pour en établir le programme, de demander aux diverses « *Sociétés de psychiatrie* » de lui présenter des propositions (1). Cette appellation n'est donc guère plus récente que celle de notre Société et de nos *Annales* (2). Certains seront sans doute surpris de le constater qui auraient désiré « rajeunir » la Société médico-psychologique (et les *Annales*) en en changeant le nom. Sans insister sur cette considération d'une importance capitale qu'une Revue, une Société ont tout à perdre à abandonner un nom qui évoque à la fois un passé centenaire, une réputation légitimement établie et une riche collection, eût-il été opportun de changer un

(1) Voir plus haut, page 25.

(2) Dès 1855, dans une allocution prononcée au dîner annuel de la Société médico-psychologique, Cerise avait souligné l'importance des travaux de la Société « pour l'avancement des sciences psychiatriques ».



titre qui réunit sous une forme concise deux sciences dont nos études ne peuvent se passer : la médecine sous tous ses aspects, la psychologie normale et pathologique ? Pour ma part, je ne l'ai pas pensé. Et si, pour donner satisfaction à des désirs qui, eux aussi, n'avaient en vue que la prospérité de nos groupements scientifiques, j'ai cru devoir ajouter en sous-titre aux *Annales médico-psychologiques* les mots « Revue psychiatrique » je n'ai eu, ce faisant, ni l'illusion d'innover, ni l'impression d'ajouter ou de retrancher quoi que ce soit à notre programme.

### La collection centenaire des Annales médico-psychologiques

C'est dans le cadre que nous venons d'esquisser que, depuis un siècle, a évolué la psychiatrie française. Ses travaux ont pris naissance dans les services et les laboratoires des établissements consacrés au traitement des maladies mentales : asiles publics d'aliénés appelés aujourd'hui hôpitaux psychiatriques, quartiers d'hospice et en particulier ceux de la Salpêtrière et de Bicêtre, asiles privés et maisons de santé privées, organisations spéciales telles que, en premier lieu, à Paris, l'Infirmierie spéciale de la Préfecture de Police, et même dans des hôpitaux non spécialisés sous l'action de chefs de service s'intéressant à la médecine mentale. Mais on peut affirmer que, sans les facilités offertes par les *Annales* et ses filiales, Société ou Congrès, sans l'impulsion qui leur est due, beaucoup de ces travaux n'auraient pas vu le jour.

En ouvrant le Congrès international de médecine mentale de 1889, Jules Falret constatait que ces réunions « non seulement servent à l'avancement de la science en provoquant des recherches nouvelles, en stimulant le zèle des travailleurs de tous les pays et en fécondant les travaux des intelligences isolées par le frottement avec des esprits différents, en les mettant en contact avec des directions différentes de la science, mais favorisent singulièrement le progrès par des échanges d'idées et les relations personnelles qu'ils établissent entre les travailleurs de tous les pays qui, sans eux, n'auraient aucune occasion de se connaître et de se perfectionner les uns les autres ».

Combien de travaux, d'exposés, ne furent entrepris que sur l'invitation de Baillarger et des directeurs successifs des *Annales médico-psychologiques*. Combien d'autres ne furent commencés que parce que les auteurs savaient où ils pourraient en assurer la publication.

Baillarger, Brierre de Boismont et Cerise avaient vu juste, lorsqu'à propos de la Société Médico-psychologique, dès 1853, ils écrivaient : « Les dernières séances, auxquelles presque tous les membres de la Société assistaient, ont montré ce qu'il est permis d'attendre de cette réunion d'hommes spéciaux apportant tous, pour la solution des plus importantes questions, le tribut de leur expérience et de leur savoir. » Ils avaient prévu le long et fructueux labeur dont leur création devait être le lieu et l'animatrice.

Quelques pages consacrées à l'histoire des *Annales médico-psychologiques* en commémoration de leur centenaire ne sauraient contenir l'exposé d'un siècle de travaux. Le tenter serait déraisonnable. Lors de la séance solennelle tenue par la Société médico-psychologique le 26 mai 1902, pour célébrer son cinquantième, Ant. Ritti a brillamment condensé en une centaine de pages cinquante années de l'histoire de la Société. Cette histoire se confond avec celle des *Annales* dont trois volumes de table générale et alphabétique permettent d'apprécier la richesse. Depuis 1878, cette table générale n'avait pas été mise à jour. Grâce à Paul Carrette, nous avons pu faire paraître un troisième volume qui, de 1879 à 1930, a comblé une lacune souvent regrettée. En attendant un quatrième volume, les tables établies depuis 1931 à la fin de chaque volume semestriel permettent la consultation rapide des douze dernières années. C'est là une collection psychiatrique unique. Delasiauve écrivait déjà dans son *Journal de médecine mentale* (mai 1867, page 158) qu'on pouvait en « tirer un riche butin » et Ritti, dans l'éloge qu'il prononça de Baillarger à la séance publique annuelle de la Société le 30 mai 1892, qualifiait les *Annales médico-psychologiques* de « mine d'une incomparable richesse ».

Pour exploiter une mine, il faut y pénétrer. Puisse tout ce qui manque à cette chronique donner à ceux qui ne l'ont pas encore ressenti le désir d'entreprendre des découvertes. En remontant aux sources (1), beaucoup seront surpris de la qualité de leurs trouvailles. Dois-je rappeler, par exemple, que le premier volume des *Annales*, celui de 1843, publia le mémoire de Claude Bernard, alors préparateur de Magendie, intitulé « Recherches anatomiques et physiologiques sur la corde du tympan pour servir à l'histoire de l'hémiplégie faciale » ? Mais, tant de travaux seraient à citer.

(1) René CHARPENTIER. — Internements volontairement prolongés. La lecture des anciens aliénistes français. *Annales médico-psychologiques*, juin-juillet 1941.

## Quelques faits parfois méconnus de l'histoire de la psychiatrie

La plus grande surprise sera peut-être pour beaucoup de constater que, dans ses grandes lignes, le programme qu'ils proposent eux-mêmes, de nos jours, à la psychiatrie, n'est pas sensiblement différent de celui de nos devanciers, que l'orientation de nos recherches n'a pas tellement varié, que nos ambitions, nos illusions peut-être aussi, sont les mêmes. Le sillon que nous continuons à creuser, ce sont eux qui l'ont tracé.

Certains des titres des travaux rappelés au cours de cet exposé suffiraient à le montrer. Le texte même de l'Introduction des *Annales médico-psychologiques* l'annonçait déjà clairement. La clinique psychiatrique française (il ne faut pas restreindre arbitrairement le sens des mots) a toujours utilisé tous les procédés d'observation et d'examen qu'il est possible de mettre en œuvre au lit d'un malade. L'évolution scientifique a seulement mis à la disposition des observateurs d'autres moyens sans cesse perfectionnés, d'autres méthodes, d'autres techniques. Avec les moyens dont ils disposaient, les médecins français du siècle passé, auxquels la psychiatrie doit tant, car on peut dire qu'ils l'ont créée, ont su utiliser conjointement, pour son édification, toutes les sciences en l'état où elles se trouvaient.

### MÉDECINE MENTALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

Il est curieux qu'on paraisse parfois l'avoir oublié. Depuis quarante ans, périodiquement, j'entends présenter comme une revendication nouvelle, que dis-je, comme un progrès nécessaire et urgent, le fait d'intégrer la médecine mentale à la médecine générale. Ceux qui le demandent ignoreraient-ils que ce fut toujours la règle traditionnelle des aliénistes français ?

Qui donc étaient ces hommes qui ont fait la psychiatrie ? Lorsque je pense à ceux qui furent mes Maîtres, à Joffroy (1844-1908), à Gaston Deny (1847-1923), à Gilbert Ballet (1853-1916), à Régis (1854-1918), à Klippel (1858-1942), à Dupré (1862-1921), venus des services des hôpitaux comme aussi Ségla (1855-1939) et Chaslin (1857-1923), je crois inutile d'insister. On étonnerait beaucoup les anciens élèves, dont je suis, de Magnan (1835-1916), ancien interne des hôpitaux de Paris, de Vigouroux (1866-1918) en leur disant que ces Maîtres n'étaient pas des médecins et ne pensaient pas médicalement. Tous, d'ailleurs, le proclamaient et c'est intentionnellement que je ne cite ici que des disparus. Je pourrais en cette génération énumérer bien d'autres noms. Mais, ce n'est pas nécessaire.

Ouvrons seulement les *Annales médico-psychologiques*. Nous y verrons que Cerise, en 1843, dans ses études sur les rapports du physique et du moral, recherchait aux troubles de l'esprit une origine organique et incriminait tantôt l'innervation cérébro-ganglionnaire, tantôt l'innervation ganglio-cérébrale. N'a-t-il pas écrit aussi : « On a dit assez souvent que l'anatomie du cerveau était notre guide le plus sûr dans les recherches psychologiques »... « l'observation des phénomènes moraux et intellectuels... est un guide excellent dans nos recherches anatomiques et physiologiques, non pas seulement sur le cerveau, mais encore sur les autres parties du système nerveux », et encore « les lumières que les névroses attendent encore de la science des rapports du physique et du moral, les affections organiques (du système nerveux) les ont déjà reçues de la physiologie expérimentale et de l'anatomie pathologique ». Rappelons encore qu'en 1852, Dechambre, Carrière et Michéa mettaient au programme de la Société médico-psychologique « toutes les sciences qui peuvent favoriser les progrès de la pathologie mentale, servir à son étude et à son perfectionnement ».

Eux-mêmes ne faisaient que suivre l'exemple de leurs devanciers. Il y a bien longtemps que telle est l'orientation de la médecine mentale française. Aurait-on oublié que Philippe Pinel (1745-1826) fut non seulement médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière mais professeur à la Faculté de médecine de Paris où, avant même d'enseigner la pathologie interne, il était professeur de physique médicale. Savant naturaliste (1), c'est lui qui fut choisi pour succéder à Cuvier comme membre de l'Institut dans la section de Zoologie. En 1818, son discours inaugural avait comme sujet la nécessité de rappeler l'enseignement de la médecine aux principes de l'observation. Et ce n'est qu'en 1783, à 38 ans, à l'occasion d'une consultation médicale, qu'il eut son attention attirée vers les maladies mentales. On sait avec quel succès. Dans son traité médico-philosophique de l'aliénation mentale, paru en 1809, il conseilla de rentrer pour cette étude « dans la marche qu'on suit en général dans toutes les parties de l'histoire naturelle ».

Esquirol (1772-1840), élève de Philippe Pinel, médecin de la Salpêtrière, inspecteur général des Facultés de médecine, et qui, le premier en Europe, fit un cours de clinique des « maladies dites mentales », publia en 1819, dans l'Annuaire médico-chirurgical

(1) En 1791, Pinel présenta à la Société d'Histoire naturelle « une nouvelle méthode de classification des Quadrupèdes, fondée sur les rapports de structure mécanique que présente l'articulation de la mâchoire inférieure ».

des hôpitaux, un « Mémoire sur la folie à la suite des couches ». Il attachait une grande importance aux causes physiques de la folie ainsi qu'à l'hérédité « cause prédisposante la plus ordinaire de la folie ». Dès 1838, il estimait pouvoir conclure de ses « ouvertures de corps » que « la folie dépend d'une modification inconnue du cerveau, qu'elle n'a pas toujours son point de départ dans le cerveau, mais bien dans les foyers de sensibilité placés dans les diverses régions du corps ; de même que les désordres de la circulation ne dépendent pas toujours des lésions du cœur, mais de celles de toute autre portion du système sanguin » (2).

Gcorget (1795-1828), qui fut interne des hôpitaux de Paris et dont le premier mémoire (1818) fut consacré aux autopsies des aliénés, publia à 25 ans son livre « De la folie », dans lequel il se proposait « de chercher à fixer le siège, de remonter à la source des désordres produits, comme on le fait pour toutes les autres maladies ; de faire enfin, à cette affection, l'application constante des lois de la pathologie et de la thérapeutique générale ».

Calmeil (1798-1893), savant botaniste, auteur du « Traité des maladies inflammatoires du cerveau », était l'élève de Rostan, anatomo-pathologiste et fondateur de l'organicisme, et l'élève d'Esquirol. Pour lui, toutes les manifestations délirantes, tous les troubles sensoriels, observés chez les aliénés, ne pouvaient s'expliquer que par des lésions plus ou moins étendues du cerveau et des méninges.

L'œuvre considérable de Brierre de Boismont (1798-1881) témoigne également du souci d'étudier les troubles mentaux dus à la pellagre, à la menstruation, au haschisch, à l'alcool, à l'éther, au crétinisme, etc. Personne n'oublie que Bayle (1799-1858), élève de Royer-Collard, donna en 1822, dans sa thèse inaugurale, la première description de la paralysie générale. Achille Foville (1799-1878) publia en 1844 son « Traité complet de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie du système nerveux cérébro-spinal ».

Il faudrait rappeler encore Belhomme (1800-1880) qui considérait la folie comme le résultat d'une inflammation congestive des méninges et de la surface corticale du cerveau ; Parchappe (1800-1866), professeur de physiologie à l'Ecole de Médecine de Rouen ; Lélut (1804-1877) qui, nommé le premier de sa promotion à l'internat des hôpitaux de Paris, étudia en particulier les altérations de l'encéphale dans le délire aigu et dans

(1) ESQUIROL. — *Des maladies mentales*, tome I, page 113 (édition publiée à Paris, chez J.-B. Baillière, 1838).



la folie ; J. Moreau de Tours (1804-1884), dont la thèse de doctorat est consacrée à l'étude de l'influence du physique sur le désordre des facultés intellectuelles, et qui publia en 1836 son livre sur les facultés morales, considérées sous le point de vue médical ; Delasiauve (1804-1893), médecin de Bicêtre après avoir été médecin de campagne (1), et dont l'œuvre abondante est insuffisamment connue. Si l'on cite encore les travaux de Delasiauve sur la « stupidité » et son « Traité de l'épilepsie », se souvient-on que la pathologie générale fut l'objet de sa thèse de doctorat ? Il avait consacré un mémoire à « l'influence du choléra sur la production de la folie » et fait, à l'Ecole pratique, un cours libre de thérapeutique. Les dix volumes, parus de 1861 à 1870, de son « Journal de médecine mentale » témoignèrent de ses vues originales et de l'ardeur de ses convictions autant que de la diversité de son œuvre et de sa puissance de travail (2).

Renaudin (1808-1865), de Maréville, était docteur ès sciences mathématiques et soutint sa thèse de doctorat en médecine sur les propriétés médico-chimiques de l'acide hydrocyanique. Baillarger (1809-1890), élève de Bretonneau, de Trousseau, de Velpéau, nommé médecin de la Salpêtrière au concours de 1840, le premier concours, est trop connu de nos lecteurs pour qu'il soit utile de rappeler la longue liste de ses travaux ni ses « Recherches sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie du système nerveux ». Morel (1809-1873), de Saint-Yon, ami de

(1) Mon compatriote Delasiauve (Louis-Jean-François), compatriote de la petite patrie comme de la grande, était né le 14 octobre 1804, à Garennes, dans le département de l'Eure, près de Pacy-sur-Eure. Reçu docteur en médecine en 1830 par la Faculté de Médecine de Paris (la Révolution éclata le jour même où il devait soutenir sa thèse devant la Faculté et en fit ajourner la soutenance), il partit aussitôt s'installer à Ivry-la-Bataille (Eure) où il exerça la médecine jusqu'en 1839, date à laquelle il revint à Paris. Il se présenta au premier concours (1840) institué pour les Services d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière. Mais il ne fut nommé qu'au second concours, trois ans plus tard, devenant ainsi le collègue de Baillarger, Trélat et Moreau, élèves d'Esquirol, nommés en 1840. Sa thèse de doctorat, consacrée à « quelques questions de pathologie générale » est dédiée à un médecin d'Anet (Eure-et-Loir), petit chef-lieu de canton (où je suis né) situé à moins de quatre kilomètres d'Ivry-la-Bataille, de l'autre côté de la rivière, sur la lisière de la Normandie. dans cette riante vallée de l'Eure dont tant de Parisiens ont su, après Agnès Sorel et Diane de Poitiers, goûter le charme reposant. Delasiauve mourut à Paris le 5 juin 1893 dans sa 89<sup>e</sup> année.

(2) Delasiauve fut sans doute le premier à demander (*Journal de médecine mentale*, 1870, tome X, page 6 et pages 177-184) l'organisation dans chaque asile de bibliothèques à la disposition des médecins-directeurs, des médecins-adjoints et des élèves internes. Dès 1843, dans son livre sur « l'Organisation médicale en France », il avait fait une semblable proposition pour chaque service de nos hôpitaux.

Claude Bernard, décrivait en 1866 son « délire émotif » comme une névrose du système ganglionnaire viscéral. Nous lui devons la théorie des dégénérescences. Lui aussi, en 1857, conseillait de « rattacher plus fortement qu'on ne l'avait fait jusqu'alors l'aliénation mentale à la médecine générale » (1).

Citons encore Dechambre (1812-1886), directeur du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, dont aucun médecin n'ignore le nom ; Michéa (1815-1882), historien de la médecine, qui étudia le sang dans la manie et dans la paralysie générale. C'est Michéa qui écrivait : « Selon nous, les ganglions et plexus cardiaques, le plexus hypogastrique, mais surtout les ganglions solaires et le plexus épigastrique jouent un grand rôle dans la pathogénie du délire. »

Qui aurait oublié que Lasègue (1816-1883), licencié ès lettres et qui enseignait au lycée Louis-le-Grand les lettres et la philosophie, fut l'un des premiers, le premier peut-être, de ces psychologues qui virent dans les études médicales le complément nécessaire de leurs propres disciplines. Elève de Trousseau, il fut médecin des hôpitaux, médecin de l'Infirmierie spéciale, professeur de pathologie générale, puis professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris. Il enseignait que la médecine mentale ne peut pas être séparée de la médecine générale. Médecin du « dépôt spécial de la Préfecture de Police », puis agrégé à la Faculté de médecine de Paris et médecin des hôpitaux, d'abord chargé en 1862 d'un cours de clinique des maladies mentales, c'est en 1867 qu'il fut nommé professeur de pathologie générale avant de prendre la chaire de clinique médicale de la Pitié.

On ne peut pas passer sous silence le nom de Jules Falret (1824-1902), fils et élève de Jean-Pierre Falret. Ancien interne des hôpitaux, médecin de la Salpêtrière, savant helléniste, disciple de Lasègue et de Morel, ses aînés de peu, il défendit avec Parchappe l'unité de la paralysie générale.

Souhaiter l'intégration de la médecine mentale à la médecine générale n'est donc pas faire œuvre originale, c'est seulement répéter après tant d'autres une vérité d'évidence. Il y a trois siècles que Descartes a dit : « L'esprit dépend si fort du tempérament et de la disposition des organes du corps que, s'il est possible de trouver quelque moyen qui rende communément les hommes plus sages et plus habiles qu'ils n'ont été jusqu'ici, je crois que c'est dans la médecine qu'on doit le chercher. » Aussi ce

(1) René CHARPENTIER. — De l'idée de dégénérescence à la doctrine des constitutions. *Journal de neurologie et de psychiatrie*, Bruxelles, mars 1932.

rappel était-il inutile (1). Je n'ai d'ailleurs cité que quelques exemples pris au hasard, auxquels il faudrait ajouter, parmi beaucoup d'autres, les noms de Lunier (1822-1885), neveu de Baillarger et ancien interne des hôpitaux de Paris comme Marcé (1828-1864), médaille d'argent de l'internat des hôpitaux de Paris en 1853, ceux aussi de Luys (1828-1897) qui fut médecin des hôpitaux de Paris, Auguste Voisin (1829-1898), Achille Foville (1831-1887), tous trois de la même promotion d'internat des hôpitaux, celle de Broca.

Cotard (1840-1889), élève de Charcot et de Vulpian, disciple d'Auguste Comte, auteur de nombreuses communications à la Société anatomique et à la Société de biologie, était, lui, de la même promotion d'internat que Bouchereau (1835-1900), Magnan (1835-1916) et Meuriot père. On se rappelle ses expériences sur l'animal, avec Prévost, pour étudier la pathogénie du ramollissement cérébral, ses idées sur « l'origine psychomotrice du délire », ses publications sur les rapports du diabète avec l'aliénation mentale. Il considérait la Société de biologie comme une émanation du positivisme.

Il faudrait encore citer les travaux de Ball (1834-1893), qui partageait son temps entre son service de Laënnec et la Clinique de Sainte-Anne, ceux de Christian (1840-1907), élève de Dagonet, médecin de la Maison Nationale de Charenton et qui, en 1871, quitta Strasbourg pour conserver la nationalité française. Tous connaissent son mémoire de 1899 sur « la Démence précoce des jeunes gens », dans lequel il incriminait une altération fondamentale du cerveau, encore inconnue. Rappelons à ce propos qu'Ant. Ritti, né à Strasbourg le 6 février 1844, avait, lui aussi (24 août 1872), opté pour la nationalité française. Reçu

(1) « Hippocrate, écrit Esquirol (*Des maladies mentales*, tome I, page 74), avait dit que la suppression des crachats chez les phthisiques jette dans l'égarément de la raison. » Pour Hippocrate, l'aliénation mentale était due au transport à la tête de la bile noire. On sait que les quatre humeurs d'Hippocrate, dont la erase représentait le mélange parfait, étaient : le sang, qui circule dans les veines ; la bile jaune, venue du foie ; l'atrabile ou bile noire, venue de l'estomac ou de la rate ; la pituite ou phlegme, venue du cerveau. Platon voyait dans l'altération des humeurs qui coulent avec le sang la cause de certains délires. Dans un livre intitulé « De la maladie sacrée ou épilepsie » un auteur Alexandrin dont le nom ne nous a pas été transmis, attribuait l'inquiétude et la tristesse à l'action de la pituite sur le cerveau tandis que, selon lui, la manie était due à la bile. Selon Galien, l'humeur mélancolique, cause de la mélancolie, est au sang ce que les matières alvines sont au chyle ; c'est un résidu grossier, impur, impropre à la nutrition : elle siège auprès du foie et surtout à l'entour de la rate, l'atrabile, sorte de vapeur âcre et noire, qui s'élève du sang et de la bile, crée la manie. Tous déjà associaient ainsi la psychiatrie à la médecine, à la médecine de leur temps.

docteur en médecine par la Faculté de Paris le 14 mars 1874, il exerça la médecine générale à Paris dans le VI<sup>e</sup> arrondissement avant d'être nommé chef de Clinique du Professeur Ball puis médecin de la Maison Nationale de Charenton où il fut installé en même temps que Christian le 15 février 1879 à la suite d'un concours sur titres pour deux places de médecin divisionnaire.

#### THÉRAPEUTIQUES « AGRESSIVES » DU PASSÉ

Dans un mémoire pour lequel il est particulièrement qualifié, le professeur Henri Claude a bien voulu exposer dans ce numéro les acquisitions récentes de la thérapeutique psychiatrique, acquisitions qui, dans bien des cas, ont transformé le pronostic des maladies mentales.

On entend parfois qualifier les techniques nouvelles de thérapeutiques agressives. Il ne faudrait pas non plus considérer comme absolument nouveau cet aspect de la thérapeutique. L'abbé Richard nous a laissé une relation du traitement de la folie employé à Naples en 1760. « On a une singulière façon, écrit-il, de traiter les fous au grand hôpital de Naples. On les réduit par degrés à une diète sévère, jusqu'à ce qu'ils soient à une maigreur qui leur permet à peine de se soutenir. Ce sont plutôt des squelettes que des hommes. Alors, les esprits vitaux sont en si petite quantité, les organes ont si peu de force, que l'imagination tombe dans un repos forcé, où elle peut se rétablir. On augmente ensuite peu à peu la dose de la nourriture et ils reprennent de l'embonpoint et de la force, quand ils ont résisté à la violence du remède : car plusieurs périssent dans cette étiologie forcée. On prétend que, dans cet état d'inanition continue, les humeurs peccantes se consomment, la quantité du sang change, et plusieurs reviennent à la santé et à leur pleine raison. C'est un remède extrême, mais que l'on peut éprouver quand les autres ne réussissent pas, et même risquer sur la personne d'un fou bien reconnu pour tel » (1). En effet, le remède peut passer pour extrême. Il serait actuellement (novembre 1942) d'une application plus facile que beaucoup d'autres. Mais si l'expérience malheureuse de sous-alimentation et de carences que nous impose les circonstances est cause d'un nombre impressionnant de décès dans les hôpitaux psychiatriques, elle ne semble pas hélas avoir confirmé les vertus curatives de l'inanition. Peut-être l'illusion en a-t-elle été créée par ces cas de « retour à la raison chez certains déments pendant les dernières

(1) Abbé RICHARD. — Théorie des songes, 1766, page 266.

heures de leur vie », que connaissent bien les aliénistes et que Despine, dès le 27 juin 1870, signalait dans une communication à la Société médico-psychologique. Ces cas de « retour à la raison » et ceux mentionnés par Trélat à l'occasion d'affections aiguës intercurrentes, à la séance du 24 avril 1871, furent parmi les premiers témoignages de la curabilité d'états mentaux pendant longtemps considérés comme incurables.

Antérieurement, le Bruxellois Van Helmont (1577-1644), qui découvrit le suc gastrique, avait prôné la submersion complète pour « détruire jusqu'aux traces primitives des idées extravagantes des aliénés, ce qui, suivant lui, ne pouvait avoir lieu qu'en oblitérant pour ainsi dire ces idées par un état voisin de la mort » (1).

L'abus des saignées a plus d'une fois réduit les malades à un état complet de débilité et de stupeur (2). Les purgatifs, les vomitifs, les sangsues, les vésicatoires, cautères, sétons, moxas, les applications de fer rouge à la nuque, les frictions irritantes, les frictions mercurielles, le bain de surprise dans l'eau froide, l'emploi même du trépan, de l'électricité avaient été couramment employés ou recommandés avant Pinel.

La manie fut traitée par des abcès superficiels et par l'inoculation de la gale et François Doublet, cité par Paul Carrette, écrivait en 1785 : « On a vu la manie guérie par la fièvre ou par une autre maladie. » C'est au début du XIX<sup>e</sup> siècle, écrit Paul Carrette, que, « tombant d'un excès dans l'autre, on abandonna saignées, cautères et purgatifs, pour vanter les heureux effets du traitement moral » (3).

Fodéré (1764-1835) a reproché à Pinel de ne mettre « le plus souvent que la médecine expectante à la place des méthodes de traitement qu'il bannit ». Peut-être, mais était-il question de thérapeutique pour ces malades enchaînés et traités comme « des coupables qu'il faut punir » lorsque Philippe Pinel et son surveillant Pussin vinrent à leur secours, proclamant que ce « sont des malades dont l'état pénible mérite tous les égards dus à l'humanité souffrante et dont on doit chercher, par les moyens les plus simples, à rétablir la raison égarée » ? Qu'on revoie la planche XXV de l'album d'Esquirol (1838), représentant un

(1) Antoine-Emile BLANCHE. *Thèse*, Paris 1848, page 323.

(2) René SEMELAIGNE. — Aliénistes et philanthropes. Les Pinel et les Tuke. Paris, Steinheil, édit., 1912, page 150.

(3) Paul CARRETTE. — François Doublet et la psychiatrie au temps de Louis XVI. *Annales médico-psychologiques*, juillet 1926, pages 119-131.



aliéné enchaîné à Bedlam. Par son action, Pinel a rendu possible l'exercice de la thérapeutique sous toutes ses formes.

L'introduction en psychiatrie de la thérapeutique chirurgicale n'est pas non plus aussi récente qu'on le pense généralement. Ce n'est en rien diminuer le grand intérêt des réalisations présentes et des techniques nouvelles que de rappeler quelques tentatives du passé. Sans insister sur les six volumes de chirurgie des aliénés, publiés de 1901 à 1906 par le chirurgien de l'Asile Sainte-Anne, Lucien Picqué, ni sur l'usage mentionné plus haut du trépan, sait-on encore qu'un des chirurgiens anglais les plus réputés de son temps, Baker Brown, qui jouissait « d'une réputation européenne » pour le traitement chirurgical des kystes de l'ovaire, préconisa (dans un livre paru à Londres en 1866) et pratiqua l'amputation du clitoris pour le traitement des maladies mentales des femmes (1). Il attribuait la cause des troubles à une excitation périphérique du nerf honteux et publia 68 cas de guérison post-opératoire. Dès la publication de ce livre, A. Foville fit les réserves qui s'imposaient (2) tout en concédant que l'auteur avait « fait une chose très utile » en mettant en relief une cause pathogénique des névroses, qui « sans doute n'était pas ignorée, mais à laquelle les praticiens ne consacrent peut-être pas toujours une attention suffisante ». Cette phrase n'est-elle pas la meilleure preuve de la largeur d'esprit de nos devanciers, de leur compréhension médicale de la psychiatrie, de leur connaissance aussi de conceptions pathogéniques dont on sait depuis le succès.

Foville avait raison de faire des réserves. Les observations étaient peu concluantes, les résultats prématurément publiés et l'affaire finit fort mal. Convaincu d'avoir pratiqué la clitoridectomie sur des femmes et des jeunes filles sans les avoir averties de la nature de l'opération, sans avoir prévenu le mari, sans avoir consulté le médecin habituel de la malade, même lorsqu'il était présent à l'opération, Baker Brown fut exclu de la Société obstétricale de Londres après avoir présenté lui-même sa défense devant la Société convoquée en séance spéciale le 6 avril 1867 (3). Opération oubliée, la clitoridectomie curatrice des maladies mentales m'a paru conserver un intérêt historique.

(1) Dr Baker Brown. — De la curabilité de certaines formes de folie, d'épilepsie, de catalepsie, d'hystérie chez les femmes. Londres, 1866.

(2) *Annales médico-psychologiques*, juillet 1866, pages 151-154.

(3) Le compte rendu complet de la séance dans laquelle Haden et Barms soutinrent l'accusation fut publié dans le *Medical Times and Gazette*, du 6 avril 1867.

## PSYCHIATRIE ET PSYCHOLOGIE

Depuis que Cerise écrivit l'introduction des *Annales*, un siècle a passé, un siècle fertile en découvertes et en progrès scientifique. Les sciences ont mis à la disposition de la médecine des ressources nouvelles et multiples. L'anatomie et l'histologie normales et pathologiques, la physiologie, la physique, la chimie ont apporté aux médecins et en particulier aux psychiatres, des acquisitions précieuses, des moyens d'investigation plus nombreux et plus sûrs. Ce qui a changé, ce n'est pas l'orientation d'une psychiatrie intimement liée à la médecine et, depuis longtemps, utilisant toutes les ressources des sciences. Ce qui a changé, à travers les périodes alternantes d'analyse et de synthèse, ce sont les moyens scientifiques mis à la disposition de la médecine mentale pour, cheminant dans le même sens, atteindre le même but par des progrès nouveaux. Voir dans l'orientation actuelle de la médecine un fait nouveau, présenter comme une nouveauté désirable l'intégration de la psychiatrie à la médecine générale, ce serait ignorer l'histoire de la psychiatrie française.

Ce serait même oublier que la Société médico-psychologique en a donné la preuve, dès sa première séance de travail, consacrée, le 28 juin 1852, au premier exposé de Delasiauve sur la confusion mentale épileptique et ses analogies avec le *delirium tremens* (1), et à une communication de Baillarger attirant l'attention sur les troubles menstruels dans le délire de grossesse et dans les délires érotiques.

René Semelaigne (1855-1934), érudit historien de la psychiatrie comme son père Armand Semelaigne (1820-1898), nous rappelle sagement le conseil de Grasset : « Dans mon admiration pour mon siècle, je n'oublie pas ce géant des siècles passés sur les épaules duquel le nôtre se hisse pour voir plus haut et plus loin que ses devanciers ».

Il y a plus. Cette insistance à réclamer comme une nouveauté l'intégration de la psychiatrie à la médecine pourrait donner l'apparence d'une singulière méconnaissance des services rendus à la médecine mentale par la psychologie. Éliminer la psycholo-

(1) « J'ai eu soin de faire observer que la stupidité ou *confusion hallucinatoire* ne reconnaissait pas pour unique cause les agents alcooliques, et j'ai cité, comme possédant une action analogue, diverses substances, entre autres les narcotiques et le plomb. A ces causes, il faut donc ajouter aussi l'épilepsie. » (DELASIAUVE, D'une forme mal décrite de délire consécutif à l'épilepsie. *Annales médico-psychologiques*, octobre 1852, page 496).

gie pathologique de la psychiatrie équivaudrait à la négation de l'intérêt des signes fonctionnels en médecine. Tout organe qui souffre a ses moyens propres de traduire le trouble de ses fonctions. Le système nerveux exprime une partie de ses souffrances par des troubles de la vie psychique. « L'activité intellectuelle, même la plus pure, écrivait récemment Paul Cossa, même la plus libérée, demeure cependant indissociable de ses origines sensibles, même lointaines, comme de ses retentissements affectifs qui, eux, ne manquent jamais. Elle demeure liée au corps par les uns et les autres de toute la matérialité de leur support organique. Ainsi s'explique la nécessité pour sa disparition fonctionnelle d'une atteinte diffuse de tout le système nerveux et encéphalique. » (1).

L'étude des fonctions psychologiques, de leur altération, de leur dissolution permet seule encore, dans bien des cas, de déceler les atteintes primitives ou secondaires des centres nerveux et d'en suivre les progrès. Même lorsqu'elle ne révèle pas le seul symptôme apparent, la psychologie pathologique est indispensable tant à l'étude du sujet et au pronostic de l'affection, qu'à la conduite du traitement psychothérapique, et à la prophylaxie des réactions.

Les rapports de la psychiatrie et de la psychologie mériteraient assurément de plus longs développements. Mais ce n'en est ici ni le lieu ni le moment, et l'évidence rend ces développements superflus. Il ne viendrait, je pense, à l'esprit de personne de contester les grands services rendus à la psychiatrie par l'analyse psychologique, de nier les acquisitions dues à des psychologues venus à la médecine comme Lasègue ou, pour ne citer que les plus récents, Pierre Janet, Georges Dumas, le regretté Charles Blondel (1876-1939), Henri Wallon, de renoncer aux enseignements de la psychologie physiologique et expérimentale et de la psychologie comparée de Th. Ribot (1839-1916), d'Alfred Binet (1857-1911), d'Henri Piéron (2). Dans un livre récent, M. H. Wallon a souligné les précieux résultats dus à la méthode de confrontation psycho-pathologique très en faveur en France depuis Ribot (3).

(1) PAUL COSSA. — *Physiopathologie du système nerveux*, 2<sup>e</sup> édition, pages 880-881, Masson et Cie édit., Paris, 1942.

(2) Il n'est pas nécessaire de rappeler ici les services rendus par l'échelle métrique de l'intelligence de Binet et Th. Simon, ni l'importance des études dont elle fut le point de départ.

(3) H. WALLON. — *L'évolution psychologique de l'enfant*. Armand Colin édit., Paris, 1941. Préface, page 6.

En 1869, parlant aux obsèques de Cerise au nom de l'Académie Impériale de Médecine, Félix Voisin disait : « Philosophe autant que médecin, il n'a pas cru déroger en cultivant la psychologie en même temps que la physiologie, et en menant de front l'étude de deux sciences qui sont sœurs, quoiqu'elles aient été trop longtemps séparées. »

Récemment encore, le Doyen H. Roger a rappelé (1) l'opinion de Claude Bernard affirmant dès 1868 « qu'il n'y a pas de ligne de séparation à établir entre la physiologie et la psychologie ».

### La psychiatrie cent ans après la naissance des Annales

Au surplus, si des progrès actuellement considérés comme importants ont été accomplis, le but est loin encore d'être atteint. Comme l'avaient bien vu Baillarger et Cerise, une collaboration intime des sciences médicales et psychologiques est indispensable. Suivons les conseils de Jules Falret. En 1889, en ouvrant le Congrès international de médecine mentale, il se félicitait d'abord des acquisitions de la médecine mentale pendant les cinquante années précédentes : découverte de la paralysie générale, connaissance plus approfondie des troubles dus à l'alcoolisme aigu et chronique, synthèse par Falret père et Baillarger de la folie circulaire ou folie à double forme, description par Lasègue du délire de persécution, théorie générale des dégénérescences et classification étiologique de Morel, auprès desquelles venaient encore prendre place le délire épileptique, l'épilepsie larvée, les délires émotifs, la folie avec conscience, la folie du doute, le délire du toucher, les travaux de Broca sur l'aphasie, ceux de Charcot sur les localisations cérébrales, de Lasègue sur les traumatismes du cerveau, etc., toutes acquisitions qui n'ont en rien perdu de leur intérêt. Mais, mesurant l'ampleur de la tâche restant à accomplir, Jules Falret concluait : « N'oublions pas que nous sommes dans une période de transition et de transformation, et ne nous livrons pas à des généralisations hâtives et prématurées... Nous ne sommes pas encore arrivés à l'époque des formules définitives et d'une systématisation générale. Gardons-nous donc, par dessus toutes choses, d'un dogmatisme prématuré et des formules trop arrêtées d'une science encore incomplète. Evitons surtout de nous renfermer dans un cercle d'idées

(1) G.-H. ROGER. — Physiologie de l'instinct et de l'intelligence, in *Bibliothèque de philosophie scientifique*, Flammarion édit., Paris, 1941.

trop étroit, qui arrêterait le mouvement de la science au lieu de le favoriser, et ne promulguons pas les dogmes d'une petite église exclusive et systématique qui, en excommuniant tous les dissidents, comme des hérétiques, enrayerait la marche de la science au lieu de contribuer à son avancement et à ses progrès. » On ne peut aujourd'hui encore que s'associer à de si sages conseils.

Prenant en 1930 la charge qui venait de m'être confiée, de la direction des *Annales médico-psychologiques*, j'écrivais que mettre cette Revue en harmonie avec les nécessités de l'heure, l'adapter à des besoins nouveaux, serait seulement s'inspirer des idées directrices de ses fondateurs. C'est à cette tâche que seront de nouveau prêtes les *Annales* dès que le calme sera revenu. Actuellement, et cela pour toutes les revues scientifiques, événements et restrictions ont augmenté les lacunes au lieu de les combler. Contrairement à beaucoup d'autres revues, les *Annales* ont pu jusqu'ici paraître régulièrement et assurer la publication des comptes rendus des séances de la Société médico-psychologique. Aussitôt que seront rapportées les réglementations qui s'y opposent, elles reprendront leur essor antérieur et feront tous les efforts d'adaptation qu'exigeront les circonstances.

Dans les conditions présentes, ce fut entreprendre une tâche très ambitieuse que de vouloir consacrer spécialement un numéro à la commémoration du centenaire des *Annales médico-psychologiques*. Aussi ce numéro ne pourra-t-il être entièrement ce que l'on eût désiré. Son but est cependant de fixer un repère et de donner, cent ans après la naissance des *Annales médico-psychologiques*, une image des efforts et des tendances de la psychiatrie contemporaine. Les difficultés actuelles se sont opposées à la réalisation d'un plus vaste projet qui, mettant en présence l'état de la psychiatrie au moment de la fondation des *Annales* et son état actuel, aurait plus clairement, plus complètement montré en une vue d'ensemble les grandes lignes de l'évolution des idées en psychiatrie depuis un siècle ainsi que les progrès scientifiques et sociaux réalisés.

Négligeant à regret bien des étapes intermédiaires et des acquisitions intéressantes, il a fallu se contenter de la mise au point de quelques-uns des grands problèmes de la psychiatrie (1).

(1) Le regretté professeur Guy Vermeyleu, de l'Université libre de Bruxelles, avait accepté d'exposer les progrès réalisés depuis un siècle par la psychiatrie de l'enfance. Une mort prématurée l'empêcha, hélas, d'achever ce travail dont l'absence sera vivement regrettée par tous.



Mise au point qui ne donnera pas, et ne tend pas à donner, l'image d'une science faite et désormais figée, mais qui sera, si l'on veut, le rapide instantané d'un moment au cours de l'évolution d'une psychiatrie attentive à l'utilisation des progrès acquis par toutes les branches de la médecine. Ne faut-il pas, comme l'enseignait Henri Bergson, « apercevoir dans la mobilité la seule réalité donnée, l'immobilité, loin d'être aussi réelle que le mouvement, n'étant guère qu'une vue, au sens photographique du mot, que notre esprit prend sur elle (1) ».

Des auteurs choisis pour leur compétence particulière ont bien voulu traiter un certain nombre de questions d'actualité et en rappeler l'évolution étroitement liée le plus souvent à l'histoire des sciences médicales. En collaborant à ce numéro, qui sera le document d'une époque, tous ont bien voulu accepter la tâche qui leur était proposée et se plier à des nécessités regrettables de brièveté. Au nom des abonnés et des lecteurs des *Annales* comme en mon nom personnel, je leur exprime toute la reconnaissance que mérite cet effort. Grâce à eux a pu être rassemblé, en dépit d'obstacles qui pouvaient paraître insurmontables, un témoignage incomplet mais fidèle des idées régnantes et des études en cours un siècle après la naissance des *Annales médico-psychologiques*. Quelques-unes seulement des conceptions actuelles y figurent, mais ce numéro apporte quelque chose de plus. En des temps douloureux, par le nom de ses collaborateurs, par leur compétence, par l'intérêt de leurs exposés, par leur nombre même, il montrera à nos successeurs qu'en ce début du mois de novembre 1942, loin de se laisser abattre, les psychiatres français continuent avec la même ardeur leurs recherches et leurs travaux. Les numéros des *Annales* parus depuis 1939 étaient déjà là pour en témoigner.

Beaucoup plus modeste est le rôle de l'exposé qui s'achève. Trop long et pourtant bien incomplet, il n'est qu'une tentative, en citant leurs paroles et en rappelant leurs efforts, de rendre à nos devanciers l'hommage reconnaissant qui leur est dû. C'est dans l'histoire de la psychiatrie française et dans la force de nos traditions que prend sa source la vitalité présente de notre Revue et de nos groupements psychiatriques. C'est là que, parmi tant d'enseignements, nous puisons celui de triompher du malheur, comme nos pères nous en ont donné l'exemple.

4 novembre 1942.

(1) HENRI BERGSON. — Lettre à Floris Delattre. *Revue philosophique*, mars-août 1941, page 129.

# DE L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE EN PSYCHIATRIE

*Etat actuel de nos connaissances*

PAR

L. MARCHAND

Il y a cent ans, Baillarger, Cerise et Longet, dans leur introduction au tome I des *Annales médico-psychologiques* qu'ils venaient de créer, exposaient ainsi le but général de la nouvelle publication : l'avancement théorique et pratique, physiologique et pathologique de la science des rapports du physique et du moral. Ils acceptaient comme moyens de ce but toutes les recherches ayant pour objet la structure, les fonctions et les maladies du système nerveux ; ils adoptaient pour maxime fondamentale la solidarité de tous les documents relatifs à ces trois ordres de recherches ; c'était envisager la méthode anatomo-biologico-clinique. Ils formulaient aussi une autre déclaration ; ils se proposaient d'accueillir également des travaux « qui ne parussent avoir aucune connexion avec la solution des problèmes médico-psychologiques ». En présence des inextricables complications dont les phénomènes nerveux nous offrent le spectacle, ils pensaient que ces recherches pourraient servir un jour à éclaircir les questions qui seraient abordées dans les *Annales*. C'était déjà affirmer que toutes les sciences sont sœurs, doivent se prêter un mutuel appui, que les progrès en médecine mentale dépendaient de son alliance avec les autres sciences. Quand on considère le chemin parcouru depuis un siècle, on constate que ce savant programme a été suivi scrupuleusement par tous les rédacteurs en chef des *Annales*.

Il est curieux de constater que, dès le début de cette publication, la méthode anatomo-pathologique fut envisagée comme la plus capable de faire de la médecine mentale une science digne de ce nom. « Les travaux autopsiques, écrit Trélat, ont été négligés depuis qu'un certain nombre de psychologues (*sic*) contemplatifs se passionnent extatiquement pour les pures abstractions de l'âme et pour les maladies qui échappent aux grossières conditions de la matière. Il serait temps d'y revenir. » Cependant, à cette époque les examens nécropsiques étaient bien rudimentaires. Ils ne consistaient qu'en investigations macroscopiques. On ne tenait compte que des lésions grossières, tels que foyers apoplectiques, ramollissements, tumeurs, congestion cérébrale ; on notait l'adhérence des méninges au cortex et leur opacité, les changements de consistance du tissu cérébral ; on étiquetait encéphalite les états congestifs du cerveau et des méninges confondus avec les états inflammatoires. Quant à la structure de la substance corticale des circonvolutions du cerveau, on discutait sur les couches alternativement grises et blanches, décrites par Baillarger, auxquelles Foville et Gratiolet en ajoutaient une septième. Avec le microscope, on commençait seulement à découvrir que la substance grise des circonvolutions cérébrales était constituée par un nombre infini de cellules qui formaient, à l'aide de prolongements multiples, un plexus partout continu.

Avec des examens aussi sommaires, la méthode anatomo-pathologique ne pouvait guère contribuer à l'avancement de la médecine mentale. La plupart des autopsies restaient muettes devant les examens macroscopiques les plus minutieux. La paralysie générale tenait alors une place considérable dans les études concernant les maladies mentales, et faisait l'objet de discussions passionnées au sein de la Société médico-psychologique. Les aliénistes restaient surpris que, même dans cette forme, en quelque sorte la plus matérielle de l'aliénation mentale, disaient-ils, le système nerveux pouvait n'offrir aucune altération morbide appréciable ; ils restaient étonnés devant l'analogie des altérations cérébrales et le polymorphisme des tableaux cliniques qui leur correspondaient. C'était aussi l'époque où on réfutait les allégations de Gall sur les localisations cérébrales, sur le rôle du cervelet comme « organe supérieur et central du penchant à l'amour physique ».

Les recherches anatomo-pathologiques restèrent dans la suite sans résultat appréciable ; il faut attendre une vingtaine d'années pour que les examens microscopiques commencent à jeter

quelques lumières, d'abord sur les maladies nerveuses, puis sur certaines affections mentales, considérées jusqu'alors comme sans lésion. Des méthodes histologiques de plus en plus perfectionnées firent leur apparition. Dès lors, il fut établi comme directive scientifique que l'anatomie pathologique comme la physiologie devait s'appuyer fortement sur la clinique, qu'il ne pouvait exister une contradiction entre l'anatomie pathologique et la clinique. L'anatomo-pathologiste ne resta plus l'œil fixé sur son champ microscopique, pas plus que le clinicien et le physiologiste n'ignorèrent les processus anatomo-pathologiques. Le résultat fut que fréquemment les investigations anatomiques vinrent suppléer des diagnostics inexistantes ou réformer des diagnostics erronés.

Actuellement, l'anatomie pathologique cérébrale a fait d'immenses progrès. Les méthodes histologiques se sont multipliées et certaines ont acquis une telle élection que l'on peut faire l'étude de tous les éléments constituant le cerveau et juger de leur morphologie normale ou morbide. Cependant, certains psychiatres apprécient comme déconcertants les résultats microscopiques obtenus dans l'étude des maladies mentales. C'est qu'ils considèrent encore les syndromes mentaux comme des entités morbides et ils pensent qu'en comparant le symptôme à la lésion, on devrait y trouver la raison d'être du trouble psychique comme si, à chaque psychose, correspondaient toujours les mêmes altérations cérébrales. Les constatations anatomo-pathologiques, basées sur l'observation méthodique des faits, montrent qu'il n'en est rien. Les mêmes syndromes mentaux peuvent être symptomatiques de processus anatomiques différents et les mêmes altérations cérébrales peuvent se traduire par des syndromes mentaux variés. Le tableau clinique dépend moins des lésions anatomiques et de leur étiologie que de la réaction du terrain. Les individus diffèrent par leur intelligence, leur caractère, leurs sentiments, leurs tendances, leurs aptitudes, de sorte que chacun apporte son tribut propre de réactions aux altérations cérébrales. Il n'y a pas deux cerveaux qui présentent les mêmes dispositions héréditaires ou constitutionnelles, qui ont subi les mêmes influences toxiques ou infectieuses au cours des maladies du jeune âge, qui ont eu à supporter les mêmes chocs affectifs ou sociaux ; il en résulte que les manifestations mentales déclenchées par les mêmes altérations cérébrales seront différentes suivant chaque individu.

Il faut aussi tenir compte qu'il existe tout un groupe de troubles mentaux différents des affections mentales organiques.

Dans de tels cas, avec les méthodes histologiques actuelles, on ne décèle aucune lésion dans le cerveau. La clinique nous montre que les sujets ne sont pas à proprement parler des malades, mais des anormaux, des vicieux. Les manifestations mentales sont la traduction d'un fonctionnement cérébral défectueux conditionné par des tares héréditaires ou constitutionnelles. On peut supposer qu'il existe dans de tels cerveaux des associations de fibres, des groupements cellulaires particuliers, des modifications physico-chimiques qu'il est impossible à l'anatomo-pathologiste de déceler, quand on pense que le cerveau humain contient plus de 9.200 millions de cellules et un nombre encore bien plus grand de fibres nerveuses.

L'appui que l'anatomie pathologique peut apporter à la médecine mentale, c'est de déterminer les manifestations qui ont une base organique et de chercher à en préciser leur étiologie, leur pathogénie, leur évolution.

Le cerveau, comme d'ailleurs les autres organes du corps humain, ne dispose à notre connaissance actuelle que d'un certain nombre de modes réactionnels suivant la nature, l'intensité, la diffusion des agents agresseurs. Si à chaque forme réactionnelle correspondait une seule et même cause, l'interprétation des lésions ne présenterait aucune difficulté. Mais les éléments constitutifs du cerveau présentent souvent une réaction semblable sous l'influence de multiples agents pathogènes, qu'il s'agisse de virus, de microbes, de toxines, de toxiques, de ferments, de poisons, de matières protidiques, d'agents physiques, d'anoxémie, etc... L'histopathologiste ne peut donc, avec les méthodes dont il dispose, que chercher à coordonner pour chaque cas étudié les altérations portant sur chacun des éléments et s'efforcer ainsi d'interpréter dans un esprit physiologique l'histogénèse des lésions, leur début, leur évolution. Par exemple, en présence d'une sclérose cérébrale qui est la cause de troubles cérébraux chroniques, il doit rechercher les différentes étapes qu'a suivies le processus pour arriver au stade cicatriciel. De plus, et surtout quand il s'agit de psychopathies aiguës ou subaiguës, l'anatomo-pathologiste doit, comme en pathologie générale, faire porter également ses examens sur les autres organes que le cerveau, en particulier sur le foie, les reins, les glandes endocrines, sur le grand sympathique : il est fréquent de constater des processus morbides concomitants dans ces organes, soit qu'ils aient été altérés par la même cause exogène que celle qui a agi sur le cerveau, soit que leur dysfonctionnement ait déterminé les lésions cérébrales.





Les principaux processus anatomo-pathologiques cérébraux se traduisant par des troubles mentaux sont les encéphalites, les encéphaloses, les tumeurs, les traumatismes cérébraux, l'artériosclérose cérébrale. C'est grâce aux recherches neurologiques et aux données biologiques que leur étude a pu être entreprise.

Les *encéphalites*, caractérisées anatomiquement par des désordres matériels dégénératifs et réactionnels résultant de toute injure mécanique, toxique ou infectieuse, suivant la définition de Letulle, constituent le substratum organique de nombreuses formes mentales. Dans les cas aigus, l'examen histologique décèle souvent dans les autres organes que le cerveau des lésions qui, par leurs caractères, aident à préciser leur étiologie.

Parmi les encéphalites d'origine toxique, l'encéphalite qui conditionne les délires alcooliques aigus (*delirium tremens*) et subaigus est la plus commune. Comme les accès délirants apparaissent toujours chez des individus qui se livrent depuis longtemps à des excès éthyliques et qui présentent depuis un certain temps des symptômes d'alcoolisme chronique latent, les lésions cérébrales aiguës viennent se surajouter à celles causées par l'intoxication chronique. Elles consistent en une encéphalite diffuse non suppurée à la fois inflammatoire et surtout toxi-dégénérative sans aucune tendance à la démyélinisation. Si cette association de lésions aiguës et chroniques est d'une grande importance pour établir le diagnostic anatomo-pathologique, l'examen histologique des organes l'est encore davantage. Les lésions du foie consistent en général en une hépatite scléro-graisseuse prenant souvent le type hypertrophique, rarement celui de la cirrhose atrophique de Laennec. Il est curieux de trouver des lésions profondes du foie chez des sujets qui jusqu'au début de leur accès de *delirium tremens* n'avaient présenté ni ictère important, ni ascite, ni œdème, ni hémorragies, en un mot aucun signe grave d'insuffisance hépatique. Les lésions du foie sont si importantes et si caractéristiques que leur seule constatation chez des individus morts de psychose aiguë suffit, en dehors de tous renseignements étiologiques, pour permettre de rattacher l'encéphalite à l'intoxication alcoolique. Par contre, les reins sont toujours moins altérés que le foie car l'alcool est moins nocif pour le parenchyme rénal que pour le tissu hépatique.

Dans l'alcoolisme mental chronique, les lésions du système nerveux sont très spéciales. Elles consistent en une méningite

chronique caractérisée par un épaissement pie-mérien formé de strates de tissu collagène sans infiltration périvasculaire, en sclérose cérébrale et en dégénérescence cellulaire lipoïdo-pigmentaire. Les lésions sont diffuses et portent également sur les cellules des noyaux de la base et du mésocéphale. A noter, contrairement aux idées courantes, que les artères cérébrales ne présentent aucune altération athéromateuse ; dans le cerveau, l'adventice des veinules est souvent épaissie et les artérioles intra-cérébrales sont atteintes de dégénérescence hyaline. L'athérome aortique n'est d'ailleurs pas particulièrement fréquent. Quant aux lésions des organes ce sont celles du foie qui sont toujours les plus prononcées sous forme d'hépatite scléro-graisseuse.

Les altérations cérébrales entraînent une déchéance intellectuelle plus ou moins accusée ; il est des cas où elles continuent à progresser malgré la suppression des excès alcooliques et cliniquement elles se traduisent parfois par un syndrome paralytique ou pseudo-paralysie générale alcoolique.

Si l'intoxication alcoolique altère surtout le cerveau et le foie, elle peut porter simultanément son action sur la moelle et les nerfs périphériques. Il en résulte des syndromes cliniques groupés sous le nom de psychose polynévritique de Korsakoff et pouvant revêtir soit une forme aiguë, soit une forme subaiguë ; mais, quelle que soit la forme, le syndrome ne survient que chez des sujets qui s'intoxiquent depuis longtemps et dont le système nerveux est altéré de longue date, de sorte qu'aux lésions aiguës s'associent toujours des lésions déterminées par l'alcoolisme chronique.

Dans la forme aiguë, souvent mortelle, le syndrome mental consiste en un état de confusion mentale aiguë globale avec onirisme, tandis que dans la forme subaiguë les malades sont calmes, attentifs, euphoriques, et atteints de troubles amnésiques et de fabulation.

Le syndrome neurologique est lui-même différent ; dans la forme aiguë il consiste en une paraplégie flasque, totale ; dans la forme subaiguë ou chronique la paralysie des membres inférieurs est partielle et présente les caractères de la polynévrite ordinaire.

Les lésions de la forme aiguë peuvent se résumer ainsi : atrophie des cellules cérébrales et principalement des cellules pyramidales géantes des régions motrices et des cellules des couches optiques. Atrophie primitive des cellules radiculaires des cornes antérieures de la moelle sans altération primitive des nerfs périphériques de sorte qu'il s'agit d'une encéphalo-myéélite parenchymateuse plutôt que d'une psychopolynévrite.

Dans les formes subaiguës et chroniques l'examen histologique décèle dans le cortex cérébral des lésions atrophiques des cellules ganglionnaires sans aucune réaction vasculaire inflammatoire ; dans la moelle, des lésions profondes des cellules radiculaires ; dans les nerfs périphériques une sclérose interstitielle avec démyélinisation des fibres ; dans les muscles l'atrophie simple numérique et volumétrique des fibres musculaires.

Parmi les infections, la syphilis, après l'intoxication alcoolique, est la cause la plus fréquente des affections mentales, soit par son action directe sur le cerveau, soit par ses manifestations héréditaires. La paralysie générale, méningo-encéphalite subaiguë, a fait pendant plus de cent ans l'objet de vives discussions sur sa nature aussi bien parmi les neurologues que parmi les aliénistes. Après avoir mis en évidence les lésions encéphaliques, il a fallu la découverte des spirochètes dans l'écorce cérébrale des paralytiques généraux, la constatation des réactions spécifiques sanguines et liquidiennes, les résultats d'un traitement par le stovarsol pour former un ensemble anatomique, biologique, clinique et thérapeutique qui fait maintenant de cette affection, dont l'évolution et la terminaison sont devenues si diverses, une forme spéciale de syphilis cérébrale. Il fut d'abord admis que la paralysie générale ne s'observait que chez l'adulte ; puis, en se basant sur les constatations anatomo-pathologiques, on décrivit, après bien des oppositions, des formes juvénile et infantile, enfin une forme sénile. On reconnut qu'à côté de la forme subaiguë il y avait des formes aiguës, galopantes, fébriles, des formes prolongées, chacune d'elles présentant des caractères cliniques et anatomiques particuliers. Mais les plus grandes modifications dans l'évolution de cette maladie, considérée jusqu'alors comme toujours progressive et mortelle, furent apportées par la malariathérapie et par la stovarsolthérapie. A côté des cas terminés par la guérison, on observa des exemples de formes psychosiques extrêmement polymorphes telles que : psychose paranoïde, schizophrénie, psychose hallucinatoire, syndrome d'automatisme mental, états hallucinosiques, délire de persécution, dépression mélancolique et hypocondriaque, délire d'interprétation, délire de négation et même psychose maniaque-dépressive. Les examens anatomo-pathologiques montrèrent que ces formes mentales étaient conditionnées par l'atténuation et la stabilisation du processus méningo-encéphalitique sous l'influence des traitements modernes. C'est ainsi que chez certains sujets les lésions présentent les caractères fondamentaux de la méningo-encéphalite subaiguë, mais celles-ci sont moins diffuses et cer-

taines régions cérébrales peuvent même apparaître complètement indemnes. Dans d'autres cas, il s'agit de méningo-encéphalite chronique ; les lésions inflammatoires vasculo-conjonctives sont discrètes et ne présentent plus aucun caractère spécifique ; les lésions dégénératives et scléreuses prédominent. Cependant, dans tous ces cas, on a souvent la surprise, en examinant le bulbe, d'y noter la persistance de lésions inflammatoires nettes et d'observer, sur le plancher du quatrième ventricule, des granulations épendymaires sous forme de houppes névrogliques qui sont les séquelles de la paralysie générale dont l'évolution a été modifiée par le traitement.

Il est une autre encéphalite infectieuse qui a contribué, autant en neurologie qu'en psychiatrie, à montrer l'organicité possible de certaines affections nerveuses jusqu'alors considérées comme fonctionnelles, il s'agit de l'encéphalite épidémique, qui peut réaliser la plupart des syndromes psychiatriques se présentant comme de simples psychoses ou comme des états constitutionnels. C'est ainsi que l'on a décrit comme symptomatiques de cette affection des troubles psycho-moteurs, des états hypomaniaques ou mélancoliques, des psychoses hallucinatoires, des crises anxieuses, des formes intermittentes type maniaque-dépressif et même un délire aigu. Son évolution chronique peut se traduire par des troubles mentaux simulant la démence précoce, par des états obsessionnels. Ce fut une surprenante constatation de voir que des troubles du caractère, des modifications de l'affectivité, des perversions instinctives, syndromes considérés jusqu'alors comme de simples déviations des instincts moraux, pouvaient avoir comme substratum organique cette affection dont les lésions sont celles d'une encéphalite infectieuse non suppurée et consistent d'une part en une infiltration embryonnaire des parois des vaisseaux, principalement des veinules, d'autre part en l'altération disséminée et parcellaire des cellules nerveuses, qui peuvent disparaître par simple lyse. Le processus inflammatoire peut être diffus, intéressant aussi bien les noyaux gris centraux que le cortex cérébral, mais il a comme siège principal le mésencéphale et le diencephale. La constance de cette localisation revêt un caractère si particulier que, malgré l'incapacité actuelle à mettre en évidence l'agent virulent, les examens histologiques peuvent apporter dans les cas cliniques restés douteux un apport sérieux pour préciser ou réformer le diagnostic.

Il est une notion qui commence seulement à se faire jour, c'est le rôle que peut jouer chez l'adulte une atteinte de méningo-encéphalite survenue dans l'enfance et souvent étiquetée état

ou accident méningé. On admet à tort que le jeune cerveau humain est capable de supporter sans dommage de graves injures. En raison du développement peu avancé de l'organe au moment où survient la première atteinte, on ne constate aucun symptôme alarmant. Cependant, on sait depuis longtemps que des arrêts de développement intellectuel, des troubles du caractère, des états constitutionnels acquis peuvent en être la conséquence immédiate ; mais il faut aussi reconnaître que le processus anatomique, surtout s'il a été léger, peut ne se manifester par des troubles mentaux que longtemps après une période de latence. Les lésions primitives restent évolutives et entraînent un lent processus de sclérose diffuse et des lésions cellulaires dégénératives, qui se traduiront par des manifestations mentales. Certains cas de démence précoce, de psychose paranoïde, de délire chronique, des états hallucinatoires, des accidents épileptiques et même certains syndromes paraissant de type constitutionnel peuvent dépendre de ce processus à marche lente. La pratique journalière montre la fréquence des antécédents encéphalopathiques chez des sujets qu'il faut interner dix ou vingt ans après l'atteinte cérébrale primitive.

A côté des encéphalites causées par des agents toxiques ou infectieux, il en est d'autres qui s'en distinguent par leur symptomatologie surtout mentale et par leur pathogénie variable et souvent indéterminée ; avec Toulouse, Schiff et Courtois, nous avons appelé leur forme aiguë (délire aigu des anciens) « encéphalite psychosique aiguë azotémique » : « encéphalite » à cause du caractère inflammatoire et dégénératif des lésions cérébrales ; « psychosique » à cause de la prédominance des troubles mentaux sous forme d'une psychose ; « aiguë » pour la différencier des encéphalites psychosiques à évolution subaiguë ou chronique ; « azotémique » en raison de la constance de la rétention azotée et des taux souvent considérables de l'urée sanguine. Cette encéphalite, à évolution rapide et souvent fatale, qui peut être primitive, qui peut survenir au cours d'une psychopathie, qui peut apparaître comme complication cérébrale d'une infection, d'une crise de rhumatisme aigu, d'un accouchement, d'une intervention chirurgicale, etc..., est caractérisée au point de vue anatomo-pathologique par deux ordres de lésions : les unes, d'ordre dégénératif, intéressent les cellules nerveuses et principalement les cellules ganglionnaires des lobes frontaux, les cellules des couches optiques et des olives bulbaires, dont un grand nombre disparaissent par lyse ; les autres, d'ordre vasculaire, portent particulièrement sur les petits vaisseaux et les



capillaires de la substance blanche sous-corticale, des couches optiques et du bulbe. Outre ces lésions, il est fréquent de constater des nodules inflammatoires dans le bulbe et une satellitose des cellules des dernières couches corticales des lobes pré-frontaux. Les constatations anatomo-pathologiques, en montrant l'altération grave et constante des cellules et surtout des cellules des centres végétatifs de la base, laissent supposer que cette lésion, intéressant les centres trophiques et régulateurs des différentes fonctions d'élimination, commande l'azotémie.

Les encéphalites psychosiques peuvent revêtir une forme subaiguë, soit d'emblée, soit après une phase aiguë. Elles représentent, comme l'encéphalite psychosique aiguë, un mode réactionnel de l'encéphale à de multiples causes, le degré de morbidité mentale jouant souvent un rôle plus important que la cause apparente déclenchante. Suivant le terrain héréditaire, suivant la plus ou moins grande fragilité des éléments qui composent l'organe de la pensée, suivant l'intensité de la réaction, suivant l'âge du sujet, elles se traduisent par de nombreux syndromes mentaux, souvent qualifiés toxi-infectieux, tels que confusion mentale avec ses diverses formes agitée ou stuporeuse, état anxieux avec idées mélancoliques, délire hallucinatoire, délire polymorphe, manie aiguë confusionnelle, certaines formes intermittentes. Les encéphalites subaiguës diffèrent cliniquement des encéphalites aiguës par le peu de gravité des symptômes physiques et par leur fréquente curabilité avec tendance aux récides. Anatomiquement, le processus est moins intense et les lésions inflammatoires mésenchymateuses, méningées et vasculaires, l'emportent sur les lésions cellulaires dégénératives.

Les encéphalites psychosiques chroniques peuvent succéder aux encéphalites aiguës ou subaiguës ; elles peuvent prendre d'emblée la forme chronique ; elles se traduisent, suivant l'intensité et la diffusion des lésions, suivant l'âge auquel la maladie aura débuté, par des syndromes de démence précoce, de démence vésanique, des psychoses dites paranoïdes, par des états mentaux chroniques souvent inclassables. Il est intéressant de noter que, dans les cas où l'encéphalite chronique a fait suite à une forme subaiguë, il est possible, malgré la longue évolution de l'affection, de retrouver des lésions résultant de l'organisation conjonctive du processus inflammatoire méningé et vasculaire primitif avec présence par places de cellules embryonnaires.

Il existe tout un groupe d'affections cérébrales chroniques d'emblée dans lesquelles le processus anatomo-pathologique ne consiste qu'en des lésions dégénératives primitives des cellules

ganglionnaires cérébrales sans éléments inflammatoires et sans lésions d'origine vasculaire. L'atrophie porte sur l'ensemble de la cellule, sur le cytoplasma et le noyau, aboutissant à la désintégration de l'élément. La prolifération névroglique, quand elle s'associe aux lésions cellulaires, est secondaire ; on ne note aucune prédisposition aux hémorragies et aux ramollissements cérébraux. Ces affections forment le groupe des *encéphaloses* et sont souvent la conséquence de tares héréditaires ou congénitales qui se traduisent par la dysgénésie abiotrophique ou biodystrophie des cellules nerveuses. Les éléments nobles du cerveau naissent, s'accroissent mais ne se multiplient pas ; ils se développent avec un dynamisme spécial pour chaque individu, avec une certaine somme d'énergie à dépenser. De toutes les cellules de l'organisme, les cellules psychiques, quand elles se sont développées normalement, sont celles qui doivent résister le mieux aux agents perturbateurs et présenter le moins de modifications sous l'influence de la vieillesse. Les exemples de grands hommes qui, après l'âge de 75 ans, ont conservé intactes leurs facultés intellectuelles et ont enrichi de leurs travaux ou de découvertes importantes le patrimoine de la science, sont nombreux. Les déficiences originelles des cellules psychiques se traduisent par des formes mentales qui revêtent leurs caractères particuliers d'après l'âge auquel l'affection débute et d'après la prédominance des lésions neuronales atrophiques sur telle ou telle région de l'encéphale. C'est dans ce groupe que rentrent certaines formes hérédo-dégénératives de démence précoce dite constitutionnelle ou neuro-épithéliale, certaines psychoses dites d'involution, la démence sénile pure ou sans athérome, les formes dementielles préséniles décrites sous les termes de maladie d'Alzheimer et de maladie de Pick.

L'anatomie pathologique de l'*artério-sclérose cérébrale* appartient autant à la neurologie qu'à la médecine mentale. Les cas qui intéressent particulièrement les psychiatres sont ceux se traduisant surtout par des troubles mentaux qui, en l'absence d'autres signes de localisation, représentent les premières manifestations d'un cerveau mal irrigué, mal nourri, avant que se produisent les processus de désintégration secondaires aux altérations vasculaires (ramollissements microscopiques, états lacunaires et vermoulus, désintégration périvasculaire, etc...). Les syndromes mentaux sont très polymorphes, atypiques ; ils peuvent varier de formes au cours de leur évolution chez le même malade. Ils consistent en états de dépression ou d'excitation, en états délirants ou hallucinatoires avec signes d'affaiblissement intellec-

tuel, en accès confusionnels aboutissant plus ou moins rapidement à un état démentiel.

Les altérations méningo-encéphaliques causées par les *traumatismes cérébraux* se présentent sous des formes si diverses, tant en localisation qu'en profondeur et en intensité, qu'à chaque cas correspondent des caractères anatomiques particuliers. Qu'il s'agisse de commotion, de contusion cérébrale, de blessures pénétrantes cranio-cérébrales, les phénomènes du début sont du domaine chirurgical. Des états confusionnels aigus tardifs peuvent cependant apparaître plusieurs mois après une guérison apparente et sont symptomatiques de lésions cérébrales graves (méningite suppurée, méningite séreuse, hématome enkysté suppuré, abcès cérébral, arachnoïdite, etc...). La complication la plus grave des traumatismes craniens est l'encéphalite aiguë non suppurée ; elle aussi peut apparaître longtemps après le traumatisme ; elle consiste en une réaction du tissu cérébral irrité par un foyer de sclérose cérébrale, séquelle des lésions primitives. Elle se traduit au point de vue mental soit par un délire aigu, soit par un état de mal épileptique.

Les accidents mentaux secondaires post-traumatiques sont souvent chroniques d'emblée ; ils sont en rapport avec des lésions diffuses méningo-cérébrales, séquelles cicatricielles ; ils consistent en états confusionnels chroniques, en formes démentielles simulant parfois la paralysie générale, en états délirants, syndromes dont la pathogénie varie suivant chaque cas, car de nombreuses causes touchant l'hérédité, l'état antérieur du sujet, la violence du trauma, l'étendue, le siège et la profondeur des lésions de l'encéphale entrent en jeu.

La même complexité se retrouve dans la pathogénie des troubles mentaux au cours des *tumeurs cérébrales*, que l'on considère leur constitution histologique ou leur localisation cérébrale. Il est établi que, dans les néoplasmes qui paraissent nettement localisés, des régions cérébrales beaucoup plus étendues et souvent très éloignées de la tumeur sont altérées, soit qu'il s'agisse de gliose, de ramollissements péritumoraux, de méningo-encéphalite, de lésions cellulaires diffuses toxiques, soit d'atrophie cérébrale due à la compression par le tissu néoplasique ; il faut aussi tenir compte du rôle que jouent souvent l'œdème cérébral et l'hypertension intracrânienne. Il résulte de ces constatations anatomo-pathologiques que les manifestations mentales au cours des tumeurs intra-crâniennes ne jouent qu'un rôle effacé pour le diagnostic à côté des symptômes neurologiques et oculaires, des réactions humorales, des résultats des examens radiologiques, ventriculographiques et encéphalographiques.

Les mêmes considérations peuvent s'appliquer aux accidents épileptiques. Les constatations anatomo-pathologiques montrent que les manifestations comitiales, qu'il s'agisse de l'épilepsie psychique ou de l'épilepsie convulsive dite idiopathique, ne sont que des syndromes qui peuvent survenir au cours des diverses altérations cérébrales. Il n'y a pas de lésions spéciales à l'épilepsie aiguë ou chronique. La loi que l'on peut cependant tirer des recherches anatomo-pathologiques est que les altérations de l'encéphale auront d'autant plus de tendance à causer plus tard des accidents épileptiques qu'elles auront frappé un cerveau plus jeune et qu'elles auront évolué sous forme de neuro-sclérose.



Si, par la cytoarchitectonie et la méthode anatomo-clinique, on a pu attribuer à certaines aires corticales des formes particulières concernant la motilité, la sensibilité, le langage, on ne peut admettre des zones localisées pour les fonctions mentales quelles qu'elles soient. Cependant il semble exister des dispositifs cérébraux plus particulièrement en rapport avec certaines activités psychiques, entre autres avec certaines formes de mémoire. Il y a des aires gnosiques tactiles, visuelles, auditives, au voisinage des centres sensoriels correspondants ; leurs lésions se traduisent par les agnosies tactile, visuelle, auditive ; il y a une aire pariéto-temporale dont la lésion engendre l'oubli du corps ; il y a une aire située dans la circonvolution pariétale postérieure gauche dont la lésion détermine l'apraxie ; il y a des centres sous-corticaux et infundibulo-tubériens, régulateurs de la vie psychique et émotionnelle, dont l'altération conditionne des troubles oniriques et hallucinatoires et des modifications du ton émotif.

Il est bien rare, quand les lésions cérébrales provoquent de tels troubles, qu'elles restent localisées à ces régions déjà elles-mêmes très étendues ; les examens histologiques décèlent des lésions dans les autres parties du cortex cérébral. C'est pourquoi, aux symptômes agnosiques ou apraxiques, s'associent si fréquemment un état démentiel profond ou d'autres troubles mentaux et les malades sont alors dirigés vers les hôpitaux psychiatriques plutôt que vers les services neurologiques. Les mêmes interprétations peuvent s'appliquer aux troubles psychiques qui compliquent les syndromes aphasiques.

Dans les syndromes mentaux chroniques qui se terminent par un affaiblissement intellectuel profond, il est à noter que les

lésions destructives prédominent toujours dans les circonvolutions préfrontales et qu'elles intéressent les fibres des couches les plus superficielles du cortex, c'est-à-dire les fibres tangentielles et la strie de Baillarger. Or, l'ontogénèse montre que ce sont là les régions et les fibres qui se développent les dernières, ce qui peut expliquer leur plus grande vulnérabilité.



L'histopathologiste est limité dans ses recherches. S'il peut apprécier les différences morphologiques des éléments constitutifs d'un cerveau sain et d'un cerveau présentant des lésions, il y a des problèmes encore à l'étude dont la solution lui serait indispensable, par exemple ceux qui concernent la nutrition des cellules nerveuses ; il est évident que celles-ci peuvent être troublées dans leur nutrition et par suite dans leur dynamisme avant de l'être dans leur morphologie. Nous en sommes encore au début des recherches concernant la formation et la circulation du liquide céphalo-rachidien qui doit, comme le sang, jouer un rôle important dans la nutrition du cerveau ; l'hypothèse de sa formation uniquement par les plexus choroïdes est discutée et son écoulement dans les sinus par les granulations de Pacchioni ne s'accorde pas avec la constitution histologique des villosités. Quant au sang, il ne suffit pas de savoir qu'il arrive dans le tissu nerveux par l'intermédiaire de capillaires formant un réseau très serré dans la substance grise, plus lâche dans la substance blanche, il faudrait savoir comment les cellules prennent dans le sang les matières nutritives et l'oxygène et comment elles y déversent les résidus provenant de leur fonctionnement ; les cellules nerveuses les plus différenciées (cellules pyramidales, cellules motrices géantes) n'entrent jamais en contact intime avec un capillaire. Il faut donc supposer ou bien que le capillaire laisse sourdre à travers ses parois un liquide qui contient les aliments nécessaires aux cellules, entre autres les protéines et l'oxygène, ou bien que des éléments figurés, sortant des capillaires et s'infiltrant dans le tissu nerveux, apportent aux cellules ce dont elles ont besoin et emportent les déchets ; il est même possible que ceux-ci se chargent de matières de réserve. La prolifération active des cellules névrogliales et oligodendrogliales, des microgliocytes, des monocytes, des histiocytes périvasculaires, que l'on constate souvent dans les cerveaux de sujets atteints de troubles mentaux, laisse supposer que ces éléments doivent



jouer un rôle pour le maintien de la cellule psychique dans son fonctionnement normal.

Ainsi le champ de l'aliénation mentale *sine materia* se restreint de plus en plus ; il est possible actuellement dans un grand nombre de syndromes mentaux de déceler une base organique et de déterminer l'histogénèse des lésions, le point initial de l'altération, mais les manifestations mentales dépendent moins des lésions, et par conséquent, des causes étiologiques, que de la prédisposition individuelle, du degré de morbidité mentale constitutionnelle. Le tissu nerveux réagit aux influences nocives les plus variées comme les autres organes du corps humain, mais, comme eux, il peut répondre à des agressions différentes par des moyens identiques ; aussi, plus on étudie les modes de développement de ses réactions, plus on reste surpris de leur complexité. Chaque constatation nouvelle pose de nouveaux problèmes et l'horizon des connaissances s'éloigne sans cesse.

---

# PSYCHIATRIE ET PHYSIOLOGIE

PAR

JEAN DECHAUME (de Lyon)

L'histoire des sciences médicales nous montre, sans remonter aux époques les plus reculées, que dans une première étape historique la psychiatrie était à base mythologique, empirique ou métaphysique. Des connaissances scientifiques plus précises ont amené certains à une étape psychologique alors que d'autres évoluaient vers une étape organicienne. C'est dans cette période que furent étudiées les bases anatomiques de la psychiatrie et les lésions servant de substratum aux troubles mentaux. Les progrès des connaissances histologiques permirent de définir les localisations cérébrales, que commençait à mettre en évidence l'expérimentation physiologique, et de préciser les caractères histopathologiques des altérations cérébrales survenant au cours des syndromes psychiques morbides : c'est *l'étape anatomoclinique de la psychiatrie*.

Cette phase fut vite franchie pour céder la place à une *étape étiologique* où furent recherchées les causes des divers syndromes psychiatriques.

Mais les progrès des techniques physiologiques expérimentales ont rapidement conduit à *l'étape physiopathologique* où commença à être étudiée la physiopathologie des syndromes psychiatriques en même temps que s'ébauchait l'étude expérimentale de la psychologie animale. Ainsi se constitue une *psychophysiologie normale et pathologique*. Ceux qui par tendance voulaient rapprocher psychologie et psychiatrie et faire jouer un rôle de premier plan aux choses affectifs dans la genèse des syndromes psychiatriques, cherchèrent aussi à réaliser une psychologie expérimentale chez l'homme et chez l'animal. D'ailleurs par l'intermédiaire de la notion des corrélations somato-psychiques il est facile de faire l'unité de ces tendances psychophysiologiques.

Les bases anatomiques, les constatations histopathologiques

des divers syndromes psychiatriques sont singulièrement complétées aujourd'hui par l'étude des mécanismes physiologiques normaux ou pathologiques des divers syndromes que nous apprend à connaître la psychiatrie clinique. La psychophysiologie normale ou pathologique nous offre aujourd'hui un champ de recherches encore bien incomplètement exploré, plein de mystères et qui cependant nous a déjà donné des techniques d'examen et des méthodes thérapeutiques.

Sans vouloir essayer de dresser un tableau détaillé ou de tenter une étude synthétique, nous envisagerons ici quelques aspects des problèmes abordés par l'application des techniques physiologiques à l'étude de la psychiatrie.

C'est d'abord la *question des localisations cérébrales* : quelles régions encéphaliques interviennent dans l'activité psychique ? Existe-t-il un centre de l'intelligence et de l'affectivité ? Quels sont les rôles réciproques du cortex et du sous-cortex ? Que penser d'un centre ou d'un mécanisme régulateur des fonctions psychiques ? Nous verrons les applications qu'en a faites la *psychochirurgie*.

C'est ensuite l'étude du mécanisme et du *fonctionnement intime du système nerveux au cours de l'activité psychique* : les phénomènes bioélectriques que nous révèle l'électroencéphalographie, le rôle des réflexes conditionnés.

C'est enfin le rôle du *système neurovégétatif dans l'activité psychique et les facteurs extra-cérébraux du psychisme* qui nous conduiront à l'étude des *liaisons somato-psychiques*.

### La question des localisations cérébrales

LA CARTE FONCTIONNELLE DE L'ÉCORCE CÉRÉBRALE. — Les études cyto ou myeloarchitectoniques nous ont appris à connaître la structure de l'écorce grise cérébrale et la valeur relative ou la systématisation fonctionnelle des diverses couches cellulaires qui constituent le cortex. Elles nous ont montré aussi la division du manteau cérébral des circonvolutions en diverses aires fonctionnelles assez bien limitées réalisant une véritable *carte de l'écorce cérébrale*.

C'est ainsi qu'ont été décrites de façon précise l'aire électromotrice, origine du faisceau moteur pyramidal, l'aire visuelle ou calcarinienne, l'aire sensitive, les aires auditive, olfactive et gustative.

Mais les anatomocliniciens et les neurochirurgiens nous mon-

trent que bien des régions du cerveau, hier encore à fonction inconnue et dites zones muettes ont une systématisation assez précise.

C'est ainsi qu'en avant de la zone électro-motrice de la frontale ascendante il y a l'*aire psychomotrice* qui interviendrait dans la coordination des mouvements volontaires et leur harmonie ; cette zone occupe un plan plus élevé dans la hiérarchie des fonctions, elle nous rapproche de la sphère cérébrale psychique. Dans la zone sensitive en arrière de la partie *somato-sensitive* qui apparaît comme l'analyseur des sensibilités cutanées il y a la zone *somesthopsychique* dont la lésion entraîne la perte de l'appréciation de la sensation de la forme, du poids de la matière des objets. Plus en arrière encore il y a la zone pariétale *somato-gnosique* dont la destruction a pour conséquence la perte de la reconnaissance des objets par le tact, la perte du schéma corporel, de l'image de soi. De même autour de l'aire striée visuelle, il y a l'*aire visuognosique* où se font la synthèse et l'élaboration des excitations visuelles, là se coordonnent les sensations et s'élaborent les perceptions visuelles. Il en est de même pour l'aire auditive. Laissant de côté systématiquement la question encore controversée du centre de l'aphasie et le problème du langage nous apprenons à connaître des régions encore hier silencieuses et qui, autour des zones précédemment connues servant de substratum aux actes élémentaires, nous introduisent par leur activité dans la sphère cérébrale psychique.

#### LE PROCESSUS DE TÉLENCÉPHALISATION DANS LA SÉRIE ANIMALE.

— L'expérimentation physiologique dans la série animale en remontant des reptiles aux oiseaux, aux mammifères inférieurs et supérieurs va nous montrer qu'une localisation de plus en plus précise se fait dans l'encéphale au niveau du cortex : c'est le processus de *télencéphalisation* sur lequel a insisté Lhermitte. La démonstration en est facile pour la vision : chez les poissons la représentation cérébrale s'arrête au cerveau moyen sans atteindre le cortex ; chez les rongeurs elle se localise dans les lobes occipitaux, chez le singe et surtout chez l'homme elle se limite strictement à l'*area striata* de la scissure calcarine dont la destruction entraîne la cécité corticale. Même processus en ce qui concerne la motricité volontaire : après la décortication chez le chat, la récupération de la station et de la marche se fait en quelques heures ; chez le chien il faut 24 heures ; chez le singe comme chez l'homme la marche n'est plus possible. Les expériences de Beavor et Horsley, celles de Sherrington nous montrent la loca-

lisation motrice dans une zone bien limitée de la frontale ascendante que l'étude des blessures craniocérébrales chez l'homme dissocie encore davantage pour le pied, la main, la face.

LES DÉCÉRÉRATIONS ET LE RÔLE RESPECTIF DU CORTEX ET DU SOUS-CORTEX DANS LES FONCTIONS PSYCHIQUES. — Ce processus de localisation systématique de plus en plus précise dans le cortex du télencéphale pourrait nous faire croire à la prééminence du cortex sur le sous-cortex. Voyons ce que nous ont appris les interventions, sections, ou ablations pratiquées chez les animaux et chez l'homme par les neurochirurgiens ; c'est l'étude des *décérébrations et du rôle respectif du cortex et du sous-cortex dans les fonctions psychiques*.

La suppression du télencéphale chez le poisson, le batracien, ne s'accompagne guère de perturbation du mouvement. Chez les oiseaux, on connaît le pigeon décérébré de Flourens, dont la vie s'écoule comme dans un sommeil sans rêve : en réalité le pigeon décérébré au-dessus du thalamus est un automate même capable d'adaptation, tandis que l'infrathalamique dans une perpétuelle somnolence est incapable de s'alimenter seul.

Le chat suprachalamique de Dusser de Barenne garde l'activité de ses organes sensoriels, la sensibilité cutanée n'est pas toujours émoussée, l'instinct de propreté persiste.

Le chien décérébré de Goltz est sujet à critique car les corps optostriés n'avaient pas été ménagés, il n'en reste par moins que pendant les 18 mois de sa vie il récupéra ses fonctions motrices en montrant une agitation malhabile, une irritabilité qu'il n'avait jamais eue ; le sommeil et la veille alternaient régulièrement ; la faim et la soif persistaient : le chien privé d'odorat, avec une apparente cécité, se montrait incapable de chercher et de trouver sa nourriture. Si les instincts paraissent réduits, au point de vue psychique, Goltz concluait que de tous les déficits que ce chien nous permettait de saisir, le plus important tient dans la perte de toutes les expressions ou de tous les phénomènes dont nous inférons la raison, la réflexion, l'intelligence de l'animal.

Rothmann fut plus heureux pour maintenir en vie pendant 3 ans un chien privé d'hémisphères cérébraux avec intégrité anatomiquement vérifiée des corps opto-striés. Même abolition du sens olfactif, même diminution de l'audition, même conservation des fonctions motrices, de l'équilibre et des sensibilités somatiques. Le chien décérébré de Rothmann avait gardé l'intégralité de ses fonctions instinctives primaires : l'exonération intestinale et vésicale étaient normales, pour la fonction sexuelle l'animal



gardait l'érection, mais il n'avait plus de désir. En dehors des paroxysmes de colère et de rage la physionomie éteinte du chien ne laissait percer aucune expression indicatrice d'un sentiment.

En somme dans le comportement de ces deux chiens à décérébration supra-thalamique ce qui semble perdu ce sont certaines réactions d'ordre sensoriel, les expressions des instincts, des émotions, des sentiments. On a cru que ces animaux étaient de simples machines réflexes compliquées, à vie psychique entièrement réduite. En réalité, Goltz et Rothmann ont insisté sur ce point, chez ces chiens où la corticalité cérébrale est complètement enlevée, la vie psychologique n'a pas complètement disparu. On pourrait croire que le chien de Rothmann a perdu tout souvenir, tout sentiment, toute affection. En réalité il a conservé une certaine mémoire : à l'heure du repas il se place à l'entrée de sa cage, bien plus, s'il a conservé des traces de connaissance acquise antérieurement il est encore sensible à l'influence du dressage.

Rademaker a repris, lui aussi, l'étude de ces chiens décérébrés, il a vu l'intégrité des fonctions labyrinthiques, la perte de certaines réactions réflexes élémentaires alors que les manifestations instinctives ne sont pas altérées. Il a pu remarquer des marques de contentement. S. Lebedinskaïa et S. Rosenthal ont également gardé un an un chien décérébré : Zavetny mangeait mais ne pouvait découvrir sa nourriture ; le réflexe du sommeil était troublé. Ils purent montrer l'acquisition de certains réflexes conditionnés mais l'autopsie fit voir que toute l'écorce n'avait pas été enlevée.

La décérébration sous-thalamique entraînant la rigidité décérébrée de Sherrington chez le chat ou le chien ne laisse pas une survie permettant l'étude de l'animal.

Chez les animaux supérieurs, le singe notamment, la survie après décérébration suprathermique est trop courte. Karpus et Keidl ont cependant gardé un singe 16 jours, il semblait, comme le pigeon de Flourens, plongé dans une torpeur et une somnolence profonde invincible.

Chez l'homme nous pourrions faire état des anencéphales privés de leur cortex. Tel le monstre d'Edinger, qui vécut 4 ans aveugle et sourd, immobile, inerte et plongé dans un profond sommeil comme le singe de Karpus et Keidl. Ses mouvements ne dépassaient pas le seuil de l'automatisme et du réflexe défensif. Mais les progrès de la neurochirurgie ont permis chez l'homme des constatations intéressantes. C'est ainsi que Dandy et Zollinger ont réalisé l'ablation d'un hémisphère cérébral, une hémisphérectomie : chez un malade de Dandy il y eut une survie de

3 ans après ablation de l'hémisphère droit et sans troubles psychiques.

LOBE FRONTAL ET INTELLIGENCE. — Les constatations expérimentales ci-dessus nous permettraient de douter du rôle prééminent du cortex cérébral dans la vie psychique. Mais les techniques neurochirurgicales ont permis de serrer le problème de plus près. Tout d'abord est-il possible de trouver une *localisation*, un *centre cérébral de l'intelligence* : le lobe frontal en est-il le support anatomique ?

On sait le rôle que les premiers neurologistes pensaient devoir faire jouer à ces circonvolutions particulièrement développées chez l'homme. Les neurologistes savent bien qu'après atteinte du lobe frontal il y a une ataxie motrice apparentée aux troubles labyrinthiques, des troubles plus nettement psychiques de la coordination motrice : apraxie idéomotrice, perte de la spontanéité motrice avec akinésie voisine de celle du parkinsonien. Les anciens neuropsychiatres connaissaient bien la « moria » — ces troubles de l'humeur et du caractère avec une jovialité un peu puérile, — mais il y a aussi des troubles confusionnels, des troubles de l'orientation dans l'espace et un syndrome d'allure démentielle rappelant celui de la paralysie générale. En tout cas ce qui semble dominer ce sont des troubles de l'attention volontaire. De telles constatations ne sont point suffisantes pour faire du lobe frontal le centre primordial des fonctions psychiques.

Bianchi qui, par de nombreuses expériences, chez le chien surtout, étudia les fonctions frontales chez l'animal s'en tint à des conclusions plus modestes : le cerveau frontal est un appareil en rapport avec les fonctions affectives et intellectuelles et il ajoutait : « Si les lobes frontaux sont les organes de l'intelligence, ils n'en sont pas les seuls ». De leurs expériences chez le singe, Bianchi et Rossolimo concluent après ablation du lobe frontal à l'altération des perceptions, à une réduction de l'appréciation des symboles, au déficit de la mémoire, à une perte de l'initiative, des modifications de l'émotivité, une incohérence de la conduite liée à la réduction de l'imagination et de la mémoire. Plus récemment Messimy par ablation des lobes préfrontaux chez le singe réalisa des modifications de l'activité avec attitude recroquevillée, puis une activité incessante : ce sont des automates répondant par des réflexes immédiats aux sollicitations externes et internes, une tendance cataleptique, des troubles sympathiques, une exagération des réactions instinctives ; la personnalité affective de chaque animal reste semblable, mais exaltée comme s'il y

avait, dit Messimy, libération de la personnalité neurovégétative.

Chez l'homme l'étude des troubles psychiques est plus difficile parce que les fonctions sont autrement complexes, parce que les tumeurs ou les traumatismes lèsent de façon exceptionnelle uniquement le lobe frontal. Mais les interventions neurochirurgicales et les résections contrôlées du lobe frontal constituent une véritable expérimentation. Les neurologistes ont été frappés des modifications de la personnalité psychique des malades porteurs de tumeur ou de blessures du lobe frontal. Mais il faudrait aller plus loin, étudier chez ces malades non seulement les qualités psychiques : volonté, intelligence, mémoire, etc..., - mais les réactions spécifiques de la personnalité, ce je ne sais quoi dit Sydney Schwab qui fait qu'un tel individu est lui et non pas un autre. C'est ce qu'ont essayé de faire les auteurs américains, telle l'observation du malade de Brickner, à qui Dandy fit une ablation des lobes frontaux, dont les amis retrouvaient bien la personnalité, mais avec quelque chose de changé. C'est aussi l'observation de la propre sœur de Penfield opérée par son frère et qui s'analysant ne se trouvait plus la même, alerte et vive comme autrefois.

Nous ne suivrons pas le neurologiste Karl Kleist qui, étudiant les blessés du cerveau et rappelant la division de la conscience suivant Wernicke, pensait que chacune des divisions de la conscience est sous-tendue par une structure spécifique ou des couches cellulaires avec localisations précises.

Nous serons plus modestes en disant simplement que l'observation des tumeurs frontales nous montre que les troubles psychiques que ces malades présentent peuvent disparaître après ablation de ces tumeurs même avec résection du lobe frontal : nous verrons plus loin l'application qu'a faite la neurochirurgie de ces constatations. Nous ajouterons aussi que chez l'homme la destruction des deux lobes frontaux entraîne des troubles psychologiques particuliers parmi lesquels il faut retenir le défaut d'attention, de synthèse, de mise en train, d'application pragmatique et enfin dit Lhermitte cette modification de la personnalité dont la physionomie échappe à l'analyse, mais dont l'observateur attentif peut saisir l'ensemble s'il n'est pas dépourvu de tout sens psychologique.

LE RÔLE DU CORTEX CÉRÉBRAL DANS L'ÉMOTION. — Les techniques expérimentales de la physiologie ont apporté des arguments importants dans la question controversée du rôle du cortex cérébral dans les émotions; et dans le problème de la participation de l'encéphale dans la part affective du psychisme.

Nous ne reprendrons pas une discussion sur la définition de l'émotion. Parmi les sensations il en est qui sont plus que d'autres chargées du potentiel affectif, qui ébranlent tout le psychisme, retentissent sur tout l'organisme. Ce sont les émotions des classiques, « l'émotion-choc » ou la « commotion affective » des psychologues modernes.

L'importance des réactions somatiques qu'elles suscitent a conduit depuis longtemps nombre d'observateurs à mettre en face de la théorie intellectualiste une théorie dite physiologique des émotions. Pour le physiologiste danois Lange, comme pour le psychologue américain W. James, l'émotion psychologique n'est que le corollaire des modifications organiques périphériques ou centrales. Les travaux de Cannon sont venus montrer l'importance des facteurs endocriniens dans la genèse des manifestations somatiques de l'émotion à la suite de la décharge d'adrénaline. Mais la décapsulation ne supprime pas ces manifestations somatiques. Le rôle du système nerveux central reste donc évident.

Les travaux de Sherrington, de Somers et Heymans ont montré que les têtes de chats ou de chiens décapitées maintenues en vie par une circulation artificielle et ainsi isolées de toute excitation somatique expriment encore une mimique conforme aux émotions provoquées.

Il apparaît donc bien que ce qui entraîne la conscience de l'émotion c'est l'ébranlement direct des centres corticaux par le facteur émotif et non la perception des réactions périphériques déclenchées par l'émotion.

L'anatomoclinique d'ailleurs nous apporte des preuves analogues par l'observation du rire et du pleurer spasmodiques chez les pseudo-bulbaires ou celle de la disparition de la mimique spontanée au cours de syndrome parkinsonien.

Il apparaît nettement que le support physiologique des émotions est beaucoup moins à chercher dans les organes périphériques que dans le cerveau lui-même et en précisant davantage dans la corticalité cérébrale.

L'étude des localisations cérébrales laisse à penser que le système neurovégétatif possède dans le cortex des centres. Si Muller dénie toute représentation corticale au système sympathique, Betcherew s'est efforcé de délimiter dans le cortex, notamment dans la zone motrice des centres végétatifs qui viennent se superposer aux centres bulbaires, diencephaliques ; l'excitation de ces centres corticaux provoquerait des manifestations organiques de même nature que celles que libère le processus émotionnel.

Il est légitime de penser que l'excitation produite par le choc émotif dont la capacité d'extension et de diffusion est certaine, grâce aux multiples connexions qui réunissent les unes aux autres les régions corticales, rayonne du cerveau psychique sur les centres corticaux organo-végétatifs qu'elle inhibe ou ébranle. La conséquence objective de cet ébranlement diffus du système organo-végétatif sera la grande perturbation somatique et viscérale qui encadre et accompagne l'émotion psychique.

Il apparaît donc que ce qui entraîne la conscience de l'émotion c'est bien l'ébranlement direct des centres corticaux par le facteur émotif : les réactions périphériques étant non la cause, mais la conséquence dans un autre domaine du même ébranlement des centres nerveux par une même perception ou représentation.

De plus, les données expérimentales et les faits anatomo-cliniques nous montrent l'existence d'un mécanisme physiologique individualisé des expressions émotionnelles. Kienner Wilson a donné une analyse critique de la disposition anatomique des appareils encéphaliques dont la mise en jeu s'extériorise par les expressions émotionnelles automatiques et volontaires.

L'anatomoclinique par l'étude des syndromes thalamiques a bien pris en évidence le rôle du thalamus dans la perception de la douleur. Les sensations à potentiel affectif élevé sont reçues au niveau du thalamus, perceptions peu précises mais violentes qui diffusent largement sur les noyaux striés, couplés au thalamus, centre moteur automatique qui les réfléchit sur les noyaux moteurs du tronc cérébral : c'est la mimique spontanée qui disparaît dans les syndromes parkinsoniens. En même temps l'ébranlement thalamique est transmis à l'écorce vers les centres neuro-végétatifs corticaux. La mimique volontaire a au contraire son centre dans l'opercule rolandique d'où émane le faisceau géniculé : c'est l'atteinte bilatérale de ces faisceaux qui abolit chez le pseudo bulbaire la mimique volontaire et libère la mimique automatique du rire et du pleurer spasmodique.

LA NOTION DE L'APPAREIL RÉGULATEUR SOUS-CORTICAL DES FONCTIONS PSYCHIQUES. — L'étude du mécanisme des phénomènes qui accompagnent l'émotion met en évidence le rôle joué par le thalamus et la région sous-corticale, cela nous montre l'importance de la région basale du cerveau dans l'activité psychique et nous entraîne à discuter la notion de l'appareil régulateur palé-encéphalique des fonctions psychiques soulevée par Jean Camus. dès 1911.



« De même que le foie, les reins et comme le cœur, écrivait Jean Camus, le cerveau ne peut pas ne pas avoir lui aussi un appareil qui lui serve de régulateur. » Au cours de ses interventions chez le chien sur la région opto-pédunculaire il avait vu que l'animal présentait de la torpeur, de l'obnubilation ou de l'agitation extrême, des réactions expansives, parfois même des hallucinations. Il avait conclu qu'il existait dans cette région du plancher du III<sup>e</sup> ventricule, à côté des centres des fonctions de nutrition, non seulement un appareil régulateur du sommeil, mais un appareil régulateur de l'activité ou du tonus psychique dont la perturbation entraîne les troubles psychiques que l'on rattacherait, si l'on s'en tenait à la doctrine classique, à des lésions corticales.

Les faits anatomo-cliniques dus à l'encéphalite dont on sait l'affinité pour les noyaux de base et qui s'accompagnent parfois de troubles psychiques si particuliers, les hallucinoses pédunculaires rapportées par Lhermitte, l'étude des états hystéroïdes par atteinte de la région hypothalamique suivant les Roumains, les constatations des neuro-chirurgiens au cours des interventions portant sur la base du cerveau nous montrent la réalité de l'hypothèse formulée par Jean Camus. Il est vraisemblable qu'il existe un centre mésocéphalique régulateur des fonctions psychiques. Les troubles psychiques par atteinte de la base du cerveau nous montrent en tout cas que, comme il y a des épilepsies extra-corticales, il existe des syndromes psychiatriques d'origine sous-corticale. Comme l'écrit Lhermitte « avec Jean Camus la source de la folie se déplaçait et descendait plusieurs étages puisque de cortical elle devenait mésocéphalique ».

Ce court aperçu nous montre que le problème des localisations cérébrales surtout en ce qui concerne l'activité psychique du cerveau n'est pas aussi simple que l'on avait cru, et qu'il n'est pas réglé. A l'heure actuelle deux tendances s'affrontent : celle des localisationnistes décidés avec C. et D. Vogt, Kleist, O. Foerster ; celle des antilocalisationnistes avec Kurt Goldstein, Lashley. Il est certain qu'il ne faut pas confondre, comme trop d'anatomocliniciens l'ont fait, localisation d'une fonction avec localisation d'une lésion. Il est certain aussi qu'il existe une mosaïque cérébrale avec des localisations morphologiques correspondant aux aires histologiques. Mais une fonction ne s'encadre pas dans une structure, dans un centre, car la fonction est un processus dynamique qui met en branle le système nerveux dans sa totalité. « Nulle part, en aucun endroit de l'encéphale une fonction ne peut être localisée et aucune forme d'activité somatique ou psy-

chique n'est plaquée sur une mosaïque d'éléments simples que toute lésion cérébrale fait apparaître », écrit Sir Henry Head. On peut penser avec Von Economo que chaque fonction exige plusieurs centres, que chaque centre exerce plusieurs fonctions. Entre ces centres multiples s'établissent des relations permanentes ou temporaires, nombreuses et intriquées. Pour qu'une destruction corticale retentisse sur la fonction il ne suffit pas qu'elle détruise un centre, il faut qu'elle frappe les divers centres de la même fonction ou plus facilement qu'elle isole ces centres les uns des autres en supprimant les points de concentration de ces circuits d'association.

LA PSYCHOCHIRURGIE. — Malgré cette imprécision dans la localisation, c'est sur la notion des substitutions du système nerveux, des groupements celluloconnectifs, très vastes, de composition variable et très rapidement formés ou transformés qu'Egáz Moniz fonde la base anatomo-physiologique de l'activité psychique. Il est persuadé que dans certaines maladies mentales, il n'y a pas de destruction cellulaire, mais formation de groupements celluloconnectifs plus ou moins fixes ; ainsi dans les idées délirantes mélancoliques hypocondriaques, de grandeur, de persécution, d'anxiété. Il pensa qu'en s'attaquant non aux cellules nerveuses, mais aux voies d'association on pourrait traiter certains syndromes psychiatriques. C'est ainsi que par une « leucotomie » chimique ou chirurgicale, il s'efforça de séparer le lobe frontal des autres régions, en sectionnant les fibres blanches du centre ovale. Ainsi Egáz Moniz fit la première tentative de traitement neuro-chirurgical des syndromes psychiatriques : la psychochirurgie était née, nouvelle voie de la thérapeutique chirurgicale, ou s'associeront d'ailleurs dans le traitement des psychoses aussi bien les interventions ou infiltrations sur le sympathique viscéral que les techniques neurochirurgicales portant sur l'encéphale.

### Le fonctionnement du système nerveux au cours de l'activité psychique

Les techniques modernes de la physiologie nous ont permis de pénétrer plus avant dans le mécanisme intime du fonctionnement du système nerveux au cours de l'activité psychique. Deux d'entre elles nous ouvrent des voies de recherches nouvelles : c'est l'étude des phénomènes bioélectriques au niveau du cortex par l'électro-encéphalographie ; c'est d'autre part l'étude des réflexes conditionnés.

L'ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIE. — Si Caton, dès 1875, avait déjà observé la présence de courants électriques dans le cerveau des lapins et avait pensé qu'ils étaient en rapport avec le fonctionnement de celui-ci, si Prawdiez Neminsky en 1913 avait recueilli un électrocérébrogramme du chien, c'est Hans Berger, d'Iéna, qui, le premier, en 1924, recueillit chez l'homme l'*électroencéphalogramme*. Il fut ensuite étudié en France, notamment par Baudouin et ses collaborateurs, par Durupt et Fessard, par Delay qui dans le livre récent sur les ondes cérébrales et la psychologie nous montre tout l'intérêt de l'étude de ces ondes. C'est ainsi que furent définis le rythme  $\alpha$  avec les ondes passives ou de repos physiologique, le rythme  $\beta$  des ondes d'activité, les variations topographiques, la notion de la réaction d'arrêt de Berger que les stimulations sensorielles déclenchent ainsi que les processus d'attention, de calcul, l'effort de mémoire, les modifications pendant le sommeil, au cours de crise d'épilepsie, etc...

Toute une série de recherches ont pu être ainsi faites qui ont permis d'étudier les réactions bioélectriques à l'état normal et pathologique, de voir le retentissement sur les encéphalogrammes de l'effort intellectuel, de l'attention, de l'émotion ; d'analyser le sommeil normal et pathologique. De grands syndromes neuropsychiatriques ont pu être ainsi étudiés : psychoses, épilepsie, localisation des tumeurs cérébrales.

De ces recherches, qui sont encore à leur début, il ne faut pas vouloir tirer des conclusions hâtives : nous n'en sommes pas encore, comme on l'a cru un peu naïvement, à l'enregistrement de la pensée. Il n'est même pas démontré que les ondes cérébrales soient le corollaire physiologique de l'activité consciente. C'est la preuve d'un fonctionnement automatique ou spontané des cellules, constaté en dehors de toute excitation périphérique. Les modifications de l'électroencéphalogramme nous apportent la preuve qu'il y a une corrélation entre l'électricité cérébrale et la pensée, mais la corrélation reste encore grossière ; l'électroencéphalographie n'a pas apporté la solution de la question des rapports du cerveau et de la pensée. Mais c'est une voie de recherches scientifiques, avec possibilité d'enregistrement graphique. Quelles que soient les difficultés, les résultats déjà obtenus dans leurs applications pratiques nous conseillent d'utiliser cette nouvelle technique physiologique qui nous permet d'étudier les phénomènes bioélectriques cérébraux.

LES RÉFLEXES CONDITIONNÉS. — La psychophysiologie à côté de la technique précédente qui nous permet l'enregistrement

des phénomènes bioélectriques s'est enrichie d'une méthode nouvelle qui est à la base des travaux de toute une école, c'est la réflexologie qui met en œuvre la recherche et l'étude des *réflexes conditionnés*.

L'étude de l'activité du cortex cérébral n'est plus du ressort du seul psychologue. L'école physiologique russe avec Pawloff, Betcherew a introduit dans ce domaine par la réflexologie l'expérimentation physiologique. Depuis Descartes nous savons que parmi les réactions du comportement un grand nombre sont constituées par la structure même du système nerveux : elles sont identiques chez tous les représentants normaux de la même espèce. De même nous connaissons les réflexes nerveux élémentaires avec leur arc réflexe anatomique préexistant et qui en constitue le substratum définitif et indispensable. Mais à côté de ces réactions il en est d'autres que l'on peut faire apparaître chez un individu donné, ce sont les réflexes conditionnés qui sont personnels, acquis, temporaires ou labiles et qui jouent un rôle de premier plan dans notre comportement. L'étude de ces réflexes nous permet de démonter pièce par pièce les mécanismes physiologiques qui sont à la base de notre conduite et de nous montrer que les mécanismes cérébraux ont pour substratum un enchaînement de réflexes associatifs.

Dans ses recherches Pawloff est parti du réflexe salivaire simple de Cl. Bernard, chez le chien : ce réflexe inconditionnel élémentaire avec son arc réflexe anatomique lie l'action de la viande déposée sur la muqueuse linguale à la sécrétion salivaire. Mais associant un excitant sonore à la viande et répétant l'expérience il arrive un moment où la vibration sonore n'ayant elle-même aucun effet salivaire conditionne à elle seule la sécrétion de la salive. Ainsi une liaison nouvelle s'est établie entre un excitant et une réaction auparavant indifférents l'un à l'autre, liaison artificielle, fragile, qui constitue un réflexe conditionné, que l'on pourra d'ailleurs enchaîner à un réflexe analogue par une nouvelle liaison de même nature.

L'étude des réflexes conditionnés met en évidence un certain nombre de faits.

Tout d'abord l'excitation conditionnelle peut aboutir à la réalisation de réflexes conditionnés positifs ou phénomènes d'excitation. Pour créer un réflexe il faut suivre des règles précises qui impliquent d'abord le choix du réflexe inconditionnel de base (il y en a six), les excitants peuvent être variés (sensoriels ou mécaniques) ; les conditions expérimentales sont

formelles ; l'excitant nouveau doit être indépendant de toute excitation parasite, il doit être mis en œuvre avant l'excitation inconditionnelle, le cortex de l'animal doit être indemne ; enfin l'intensité et la rapidité de l'établissement du réflexe dépendent des conditions de l'expérience et de l'état constitutionnel de l'animal en exercice. Ces réflexes évoluent en deux phases : une première phase de généralisation par exemple avec un excitant sonore, la réalisation salivaire se fait pour des sons compris entre 200 et 20.000 vibrations-secondes, puis dans la phase de différenciation la marge ne sera que de dix vibrations. Le réflexe évolue pour finir par disparaître, il est temporaire et labile.

L'excitation conditionnelle peut aboutir à la suspension ou à l'arrêt d'un phénomène réflexe, c'est un réflexe conditionnel négatif ou phénomène d'inhibition. Il peut être d'origine externe, il s'agit d'une inhibition simple (blessure de l'animal par ses liens) ou d'inhibition temporaire, éclipsant momentanément le réflexe (éclairage brusque), d'où le luxe de précautions au cours de l'expérimentation. La cause de l'inhibition peut être endogène, c'est l'excitant lui-même qui se transforme en excitant négatif ; il existe une inhibition interne localisée, l'inhibition par extinction : le réflexe réapparaît si on associe une fois l'excitant inconditionnel ; il existe une inhibition conditionnelle par un deuxième excitant, la lumière surajoutée au son, l'inhibition par retardement, l'inhibition dans le réflexe de trace. Mais il existe aussi des réflexes d'inhibition généralisés aboutissant non à la suspension d'un phénomène isolé mais à l'arrêt de l'activité corticale tout entière, à l'engourdissement même au sommeil. Ainsi une excitation thermique courte répétée fréquemment à un même point de téguments aboutit au sommeil. Les réflexes négatifs d'inhibition obéissent aux mêmes lois que les réflexes positifs, comme ceux-ci, ils passent par la phase de généralisation et de différenciation, mais ils sont encore plus fragiles, plus labiles.

L'excitation conditionnelle peut enfin éveiller l'activité d'une zone du cortex sans lien physiologique avec la zone normalement excitée ; ce sont les phénomènes d'induction.

L'étude des réflexes conditionnés nous montre donc la possibilité de création de ces réflexes normaux, personnels, fragiles, associatifs qui peuvent s'enchaîner entre eux ; la notion de l'enchaînement des réflexes conditionnels est capitale ; nous sommes conduits à des constatations aussi paradoxales que la transformation de la réponse réflexe à un excitant conditionnel



défini : Jerofewa fait porter une excitation électrique douloureuse sur la patte d'un chien, celui-ci hurle et a des mouvements de défense, si l'on associe à l'excitant douloureux inconditionnel un autre excitant inconditionnel, de la viande dans la bouche, il manifeste sa joie, son contentement. Répétant l'expérience on arrive à suspendre l'excitation gustative agréable pour ne garder que l'excitation douloureuse. Au bout de quelques jours l'excitation électrique augmentée, allant jusqu'à la brûlure de la peau, provoque les manifestations de la joie. Chauchard écrit que Sherrington ayant vu cette expérience s'écria : « Je comprends maintenant la psychologie des martyrs ! »

L'école réflexologique a essayé une interprétation physiologique de ces réflexes. Le jeu de ces réflexes ne peut se dérouler que dans le cortex cérébral, par la création à un moment dans l'écorce d'un foyer de grande activité qui semble drainer vers lui les autres excitations qui s'associent à l'excitant absolu. Il prend le caractère d'une dominante qui attire vers elle tous les influx, les absorbe et les écoule vers ses propres voies afférentes. Autour de lui se créent, par la répétition des excitants inconditionnels, des zones d'hypoexcitabilité qui expliquent généralisation et différenciation. Le fait que les influx circulent sur certaines voies inhabituelles laisse à penser que des associations morphologiques nouvelles se sont créées, qu'il s'est fait un arc complexe du réflexe conditionné, ou tout au moins que des routes se sont frayées qui n'étaient jusqu'à la création du réflexe conditionné que virtuelles. Cette notion du frayage des voies corticales n'est que l'aspect physiologique des phénomènes psychologiques tels que le dressage, la discipline, l'habitude, l'éducation.

Ces études ont amené l'école de réflexologie à considérer l'écorce comme un agrégat de centres indépendants les uns des autres, ayant chacun leur individualité, ce sont les analyseurs corticaux. Ces analyseurs peuvent être d'une finesse extrême, tel le cas du chien qui ne répond qu'à un son, et pas au voisin, différent de  $1/8$  de son et qui reconnaît ce son employé une seule fois dans un morceau. Ces centres sont-ils à limites nettement tranchées ? Certains le pensent et croient qu'en supprimant le récepteur cortical correspondant le réflexe serait supprimé. Il n'en est rien. D'ailleurs ces centres sont doués de plasticité, peuvent évoluer, et l'étude de leur évolution chez les enfants idiots ou imbeciles en est la preuve. Marinesco et Sager ont montré que chez les enfants idiots ou imbeciles l'élaboration du réflexe conditionné était difficile, car leur écorce est anor-

male. Chez les enfants anormaux on obtient la fixation de réflexes pathologiques et une adhérence fragile des réflexes conditionnés normaux.

Mais Pawloff et son école ont été plus loin, ils ont essayé d'explorer expérimentalement le problème des psychonévroses grâce à l'étude de ces réflexes conditionnés. Ils notèrent d'abord chez les animaux de l'excitabilité cérébrale, dont dépend le pouvoir d'excitation ou d'inhibition est variable suivant l'âge : plus l'animal est jeune, plus l'écorce est excitable ; cette excitabilité varie aussi suivant l'entraînement, l'état des sécrétions neuroendocriniennes, suivant certains états : fatigue, faim, etc. Mais Pawloff remarqua aussi, parmi ses chiens, de grandes variétés de réaction dans l'installation des réflexes. Il distingua chez ses chiens le type colérique très excitable où les processus d'excitation très vifs contrastent avec la pauvreté des réflexes d'inhibition ; le type faible et mélancolique chez qui les deux processus seraient faibles, les types forts chez qui inhibition et excitation s'équilibrent, mais avec deux variantes : le type sanguin vif, qui aboie à toute occasion et succombe facilement au sommeil, les autres, tranquilles, solides, qui sont le type flegmatique.

Il serait tentant de conclure non seulement chez l'animal mais chez l'homme à l'existence de types constitutionnels déterminés d'après le comportement des réflexes conditionnés et l'on sait l'importance de la constitution psycho-physiologique dans l'évolution des névroses.

Mais Pawloff alla plus loin encore dans son étude. Il crut observer chez les chiens en expérience des troubles durables du comportement qu'il rapprocha de l'hystérie ou de la neurasthénie et il pensa qu'ils pouvaient être sous la dépendance d'un déséquilibre entre les processus d'inhibition et d'excitation qui se déroulent dans le cortex cérébral. En variant les conditions d'expérience Pawloff est arrivé à créer de véritables états mentaux pathologiques mais seulement chez les deux types constitutionnels faible et colérique.

Tentative intéressante qui nous fait pénétrer plus avant dans l'intimité du mécanisme cérébral et de l'activité psychique normale ou pathologique. Mais il y a loin du cerveau du chien à celui de l'homme et la méthode réflexologique, aussi séduisante soit-elle, ne nous permet pas de conclure par simple analogie, d'autant que, en ce qui concerne l'activité psychique, tout ne se passe pas dans le cortex cérébral ni même dans l'encéphale.

## Psychisme et système nerveux végétatif. Les facteurs extra-cérébraux de l'activité psychique

Les pages précédentes nous ont montré combien la prédominance du rôle de la corticalité cérébrale nous paraissait diminuée. Nos connaissances physiologiques et les recherches qu'elles ont permis mettent en évidence l'interpénétration des deux systèmes nerveux, autrefois séparés anatomiquement : le système nerveux de la vie de relation, le système nerveux végétatif. Il n'est plus douteux que le système nerveux neurovégétatif joue un rôle important dans l'activité et le comportement psychique de l'individu, de même qu'en pathologie les désordres neurovégétatifs trouvent leur place dans la genèse des syndromes psychiatriques.

L'expérimentation physiologique chez l'animal, peut-être plus que l'histologie, la neurochirurgie, véritable expérimentation physiologique chez l'homme, au moins autant que l'anatomoclinique nous ont montré la pénétration, l'intrication anatomique des centres neurovégétatifs à l'intérieur même de l'axe cérébro-spinal : centres médullaires, bulbaires, mésencéphaliques, corticaux. Il semble évident que des centres régulateurs des fonctions psychiques voisinent dans le plancher du troisième ventricule avec les centres de la vie végétative, régulateurs des grandes fonctions ou des principaux métabolismes ; c'est prévoir l'interdépendance de l'activité psychique et de la vie végétative.

D'ailleurs, toutes les sensibilités périphériques et viscérales, notamment, ne se projettent-elles pas par les voies de la sensibilité jusqu'au thalamus ? Tous les désordres endocrinien dus à des déséquilibres neurovégétatifs retentiront sur les centres mésencéphaliques ou diencéphaliques qui participent aux fonctions psychiques. L'étude des mécanismes de réaction à l'émotion nous a bien montré que tout le système nerveux végétatif intervient par ses centres, et probablement par ses formations extra-cérébrales ganglionnaires ou viscérales dans cette partie affective de l'activité psychique.

L'activité du cortex cérébral ne se conçoit pas comme possible isolément, les centres neurovégétatifs du thalamus, du mésencéphale intriquent avec lui leur action pour apporter le facteur affectif à toute perception et pour réaliser par ce facteur affectif la vie psychique : *vie psychique et activité neurovégétative sont étroitement liées.*

Mais cette participation du système nerveux végétatif tout entier dans l'activité psychique n'en constitue pas le seul élément extracortical. Il en est d'autres qui sont vraiment des facteurs *extra-cérébraux*.

C'est par exemple la *participation des glandes endocrines à l'activité psychique*. Nous ne parlerons pas de l'hypophyse jumelée par la neurocrinie aux centres neurovégétatifs du plancher du troisième ventricule. Nous avons déjà montré le rôle des capsules surrénales dans l'affectivité et notamment dans l'émotion : les expériences de Cannon et la notion du rôle joué par la décharge d'adrénaline dans les manifestations somatiques de la peur sont aujourd'hui classiques. Il n'est pas besoin de rappeler l'action de la thyroïde sur l'intelligence et le caractère, qu'il s'agisse des troubles intellectuels des myxœdémateux ou des modifications du caractère au cours de la maladie de Basedow ou dans l'hyperthyroïdie par injection d'extrait. L'action des glandes interstitielles sexuelles n'est pas discutable sur le caractère et l'activité psychique. L'expérimentation par castration et greffe chez les gallinacés est particulièrement convaincante : la poule castrée, greffée d'un fragment de testicule dans le péritoine, prend crête et ergots du coq, comme son humeur batailleuse et ses appétits. Chez l'homme comme chez la femme les modifications du caractère, de l'activité intellectuelle, de la personnalité sont bien connues après la castration. Les effets des extraits génitaux hétérosexuels, les heureux résultats des traitements par la folliculine de certains syndromes psychiatriques sont assez probants. On peut aller plus loin encore dans les rapports de la sexualité et de l'activité psychique : les grands poètes, les artistes de génie ont toujours été fortement sexués. On peut se demander si un certain état des glandes sexuelles n'est pas nécessaire à l'inspiration. Freud a montré toute l'importance en pathologie psychiatrique des impulsions sexuelles dans les activités de la conscience. Il est indiscutable que les glandes à sécrétion interne interviennent dans l'activité psychique ; il y a là un large secteur de recherches pour la psychophysiologie qui ne voudra pas se limiter à l'étude trop circonscrite du cortex cérébral. Comme l'a dit Carrel, la pensée est la fille des glandes endocrines aussi bien que de l'écorce cérébrale.

Mais le problème est plus complexe encore : si le cerveau est formé de cellules nerveuses, si l'activité psychique se manifeste par l'intermédiaire de ces cellules nerveuses, celles-ci sont irriguées par les vaisseaux, le sang, et sont immergées dans le milieu intérieur qui intervient ainsi dans l'activité psychique.

Le milieu intérieur encéphalique est peut-être un peu particulier, modifié par la barrière hémoméningée où liquide céphalo-rachidien, névroglie, plexus choroïdes jouent un rôle et prennent part ainsi à la fonction psychique.

Dans ce milieu intérieur venu du sang il n'est pas certain que les sécrétions internes du pancréas, du foie n'aient pas un rôle : les corrélations neurologiques et psychiatriques entre foie et encéphale, entre bile et troubles psychiques, soupçonnées autrefois, bien établies par la clinique moderne, sont à étudier du point de vue physiopathologique ; l'action de la vagotonine d'origine pancréatique est à préciser de même que celle de la sympathine.

Mais il faut aller plus loin encore, des facteurs plus éloignés semble-t-il, d'origine exogène peut-être, interviennent dans l'activité psychique : *c'est le problème des vitamines et des troubles par carence vitaminique*, non seulement dans le domaine neurologique, mais dans le cadre des syndromes psychiatriques. On sait depuis A. Chevalier le rôle de la vitamine A sur la chronaxie nerveuse et partant sur le fonctionnement du système nerveux en général et ainsi probablement sur l'activité corticale. On sait l'importance de la vitamine C et de l'acide ascorbique dans le fonctionnement du système nerveux qui en est particulièrement riche ; d'ailleurs l'hypophyse et la cortico-surrénale, très riches en vitamine C, ont un rôle particulier sur le système nerveux : l'expérience montre que cet acide disparaît en 8 jours de ces glandes par carence alimentaire. Mouriquand récemment encore a montré l'intérêt qu'il y aurait à étudier les précarences dans leur rapport avec la psychiatrie. Sans parler de la vitamine B, qui intervient dans la douleur, le béribéri, les syndromes polynévritiques, il nous faut surtout retenir la pellagre, cette carence complexe qui a une sémilogie pour une part psychiatrique : la folie pellagreuse est endémique dans certains pays comme la Roumanie. Justin Besançon est revenu récemment sur les manifestations mentales des avitaminoses nicotiniques et sur le rôle thérapeutique de la vitamine PP ou de l'acide nicotinique.

L'étude des carences ou précarences à retentissement psychique nous montrerait tout l'intérêt de ces recherches physiopathologiques et le rôle des vitamines dans l'activité psychique.

La composition chimique du milieu intérieur intervient également dans le fonctionnement du système nerveux : on sait l'influence de la teneur en calcium ou en potassium sur l'excitabilité du système nerveux, qu'il s'agisse de la motricité ou de la sensibilité, qu'il s'agisse des spasmes ou de la douleur : les syn-



dromes tétanigènes nous en apportent les preuves et nous voyons là l'intrication des endocrines, la parathyroïde, et des mécanismes régulateurs de la composition chimique du milieu intérieur. On sait l'influence de la teneur du milieu intérieur en certains sels minéraux sur le comportement des animaux : l'influence du manganèse, par exemple pour Carrel et ses collaborateurs, sur l'instinct maternel de la souris. Nous rappelons encore le rôle de certains déchets cellulaires, tels l'histamine, dans la genèse des manifestations secondaires de l'émotion et de la douleur ; Tinel récemment la mettait en cause dans un essai d'interprétation physiologique des stigmates.

Nous sommes loin de la localisation dans la corticalité cérébrale de l'activité psychique. En réalité tout se tient. Nous connaissons bien dans un autre domaine le retentissement sur le psychisme des affections viscérales, notamment hépatiques ou digestives. La question des *liaisons somato-psychiques*, évoquée récemment par Pichon, nous permet de voir en retour l'influence des facteurs psychiques sur l'évolution des affections viscérales, c'est aussi le problème des troubles viscéraux ou même des lésions organiques par traumatismes affectifs ou chocs psychiques. Carrel n'a-t-il pas écrit : « L'envie, la haine, la peur, quand ces sentiments sont habituels, peuvent provoquer des changements organiques et de véritables maladies » ? N'a-t-il pas écrit plus loin : « Certaines activités spirituelles peuvent s'accompagner de modifications aussi bien anatomiques que fonctionnelles des tissus et des organes. On observe ces phénomènes organiques dans les circonstances les plus variées parmi lesquelles se trouve l'état de prière... » ?

La dépendance étroite des manifestations du psychisme et de la conscience des diverses activités physiologiques s'accorde mal avec les conceptions classiques qui tenteraient de localiser le psychisme dans l'aire corticale et la conscience dans le cerveau. Le corps entier sert de substratum aux énergies mentale et spirituelle et avec Carrel nous redirons : « L'homme pense, aime, souffre, admire et prie à la fois avec son cerveau et avec tous ses organes ».

---

# PSYCHIATRIE ET CHIMIE BIOLOGIQUE

PAR

P. CHATAGNON

1843-1943. Un siècle. Que d'événements dans nos conceptions psycho-pathologiques en ce siècle ! L'héritage spirituel du généreux Pinel se matérialisa en 1843 dans la création par trois de ses disciples : Baillarger, Cerise et Longet des *Annales médico-psychologiques*. René Charpentier, savant conservateur des grandes traditions, veille avec une foi ardente sur les courants profonds de la pensée scientifique contemporaine et n'hésite pas à proposer l'étude des rapports de la Chimie biologique avec la Psychiatrie. Ce faisant il reste fidèle à la pensée des fondateurs des *Annales* : « ...La pathologie mentale est étroitement liée à « la physiologie morale et intellectuelle, qui est elle-même « étroitement liée à l'anatomie, à la physiologie et à la pathologie du système nerveux. Le moment nous semble venu où « ces divers éléments de la science de l'homme doivent se rapprocher, se réunir, et se prêter un mutuel appui. Les maintenir plus longtemps séparés... c'est nuire à l'avancement de « la science des rapports du physique et du moral, c'est paralyser les plus énergiques tendances de la pathologie mentale. « Tout s'enchaîne et se coordonne dans les phénomènes du « système nerveux... il importe d'introduire une méthode... « consistant à faire converger toutes les recherches spéciales « vers la solution des problèmes médico-psychologiques... Faire « prévaloir la méthode d'observation complète que réclame « l'étude des phénomènes psycho-organiques, et à laquelle les « médecins de notre temps se montrent trop généralement infidèles, trop souvent hostiles... » Ces lignes, écrites par Cerise dans son Introduction des *Annales médico-psychologiques*, pourraient être rédigées d'hier. En insistant sur les influences réciproques du « Physique sur le moral », il est un précurseur des

idées de l'heure présente sur les rapports des transmutations physico-chimiques tissulaires, substratum de la fonction cérébrale. Nous n'aurions donc pas étonné nos devanciers du siècle dernier, — qui avaient le rare privilège d'insérer dans le premier tome des *Annales* les résultats des « Recherches anatomiques et physiologiques sur la corde du tympan » de Cl. Bernard, Interne des Hôpitaux, préparateur de M. Magendie au Collège de France — en les entretenant des rapports de la Chimie biologique avec la Psychiatrie.

Qu'est donc la Chimie biologique ? C'est la chimie de la vie, de la vie du sujet sain d'esprit comme de la vie de « l'insensé ». C'est peut-être la plus nouvelle des sciences, bien qu'au moyen-âge toute une école de chimistes médicaux, dont Paracelse (1493-1541) est peut-être la figure la plus représentative, croyait que les maladies humaines étaient le résultat de quelques processus chimiques anormaux à l'intérieur de notre organisme et qui ne pouvaient être contrecarrés que par des remèdes chimiques appropriés. Mais l'épanouissement de la Biochimie date de l'époque où Liebig et Woehler firent la synthèse de l'urée. Depuis, les progrès ont été rapides et sans rappeler les noms des grands savants auxquels nous devons les prestigieuses synthèses organiques disons toute la part qu'ont prise au développement de la biochimie en France les Professeurs G. Bertrand et Javillier.

Quelle que soit la théorie de la fonction cérébrale que nous adoptions, — hypothèse de Sherrington, par exemple, des états centraux d'excitation et d'inhibition, — il n'en demeure pas moins certain que la fonction cérébrale est conditionnée par des modifications des substances chimiques. Ces modifications aboutissent à la production de différences de potentiel électrique. C'est ainsi que les différences de potentiel qui aboutissent au rythme de Berger naissent vraisemblablement de la production d'ions nouveaux ou du mouvement d'ions ou de molécules portant des charges électriques. Dans le premier cas leur production est nettement une production chimique, dans le deuxième cas il résulte d'un changement de la perméabilité de quelque membrane. Or, l'expérience prouve qu'en général les qualités particulières de la semi-perméabilité liées aux membranes vivantes sont en connexion avec les processus oxydatifs. Donc, quelle que puisse être la conception que nous ayons de l'activité cérébrale il est presque certain que la solution des inconnues de cette activité normale ou déviée ne pourra être donnée que par l'étude des processus physico-chimiques de la matière cérébrale qui la conditionne. C'est assez présumer de l'intérêt de la bio-

chimie et de la chimie-physique pour l'étude des problèmes psychiatriques. Par l'énumération d'un certain nombre de travaux (1) — en suivant le plan suivant : Hydrates de carbone, Lipides, Protides, Gaz et Electrolytes, Enzymes, Vitamines, Chimie-Physique — nous ferons un bilan relatif de nos acquisitions dans le domaine de la psycho-bio-chimie. Puis, par quelques exemples représentatifs, nous nous appliquerons à démontrer l'intérêt capital, au point de vue de notre connaissance médicale théorique, au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement, des méthodes physico-chimiques modernes à l'étude du fait psychiatrique. Cet aperçu nous permettra de dégager les espoirs permis.

## I. — Les hydrates de carbone

La similitude et les variantes de la glycolyse cérébrale par rapport à la glycolyse musculaire ont été étudiées. M. H. Tschalissow (*Zeit f. d. ges. Neurol. u. Psych.*, 1932, p. 85) analyse plusieurs des aires de Brodmann et trouve que toutes les valeurs de l'hémisphère gauche (à l'exception de l'aire temporale inférieure 20) sont plus basses que celles de l'hémisphère droit chez les schizophrènes. Il trouve de petites quantités d'acide hexosemonophosphorique là où on observe les grossières modifications morphologiques. Quelques études sur la glycémie critique ont été faites par Aubel et Targowla en 1924, et appliquées à des psychopathes. En 1926, Henri Ey fait le point des travaux antérieurs sur la glycémie et les maladies mentales. A la période d'avant 1910 où le métabolisme des sucres n'était exploré que par l'analyse d'urines, Ey oppose les périodes ultérieures où la glycémie et ses variations nous fournissent de plus amples données. Bien que nous ayons pénétré plus profondément encore dans la biochimie des oses, les conclusions de Henri Ey demeurent solides. Après une critique de la théorie de Cannon sur la glycémie émotionnelle, il écrit : « ...La nature des relations « que peuvent soutenir entre eux les phénomènes psychiques « et les faits relatifs à la régulation des hydrates de carbone, « ...ce n'est que par un long détour et à travers la complexité des « fonctions neuro-végétatives, de l'activité viscérale, des réac-

(1) Les circonstances ne nous ont pas permis de faire état de tous les documents publiés sur le sujet. Nous nous en excusons près des auteurs. Nous savons en particulier la part qu'ont prise à l'étude de ces problèmes les Ecoles belges et suisses.

« tions chimiques tissulaires qu'ils se rejoignent ; si bien que  
« les variations de la glycémie ne sont pas des facteurs étiolo-  
« giques des troubles mentaux mais qu'elles en sont comme  
« le signe car elles traduisent un bouleversement organique  
« dont elles sont un des éléments et dont les « maladies men-  
« tales » ne constituent qu'un aspect... Nous ne pouvons consi-  
« dérer les variations de la glycémie comme de véritables fac-  
« teurs étiologiques des troubles mentaux..., elles ne jouent ce  
« rôle qu'à l'aide de perturbations secondaires et surtout parce  
« qu'elles reconnaissent la même origine que ces troubles ». Et n'ayant pas trouvé de troubles décelables dans la glycémie à jeun de nombreux syndromes mentaux, il propose pour l'étude fine des métabolismes des sucres la méthode des hyperglycémies provoquées et comparées ; et il conclut à l'importance primordiale du système de régulation neuro-végétatif dont le déséquilibre se traduit souvent par des réactions paradoxales de la glycémie.

De nombreux travaux étrangers fournissent des conclusions comparables (J.-C. Whitehorn, *Am. Jour. Psych.*, 1934, p. 987). L'hyperglycémie n'est pas plus fréquente parmi les malades excités que parmi les autres, elle est rare parmi les jeunes malades quel que soit leur état émotionnel. Mc Cowan et Quastel introduisent un index utile pour la comparaison des courbes de la tolérance au sucre, qui fournirait des renseignements pronostics intéressants.

LES HYPOGLYCÉMIES. — Elles peuvent être le résultat du surdosage de l'insuline ou de l'hypersecrétion de l'insuline des îlots de Langerhans. Des surdosages continus d'insuline peuvent aboutir à des troubles mentaux graves. Les aspects psychologiques du syndrome d'hyperinsulinisme ont été étudiés par Severinghaus (*Arch. Neurol. Psych.*, 1926, p. 746), qui attira l'attention sur leur caractère protéiforme : agitation, coma, perte des inhibitions, troubles émotionnels, hallucinations, amnésie, aphasie, états confusionnels, catatonie et négativisme. Il semble bien qu'il n'y ait là rien de spécifique parmi le tableau chimique à l'exception des circonstances où il est mis en scène.

Cowie, Parsons et Raphael (*Arch. Neur. Psych.*, 1924) observaient que l'emploi de l'insuline chez les enfants diabétiques aboutissait à l'apparition de dépression mentale. Ceci les conduisit à pratiquer des recherches dans la psychose maniaco-dépressive à sa phase dépressive. La courbe d'utilisation retardée du glucose est assez semblable à celle trouvée dans le diabète, mais les résultats furent variables. Elias et Goldstein (*Méd. Klin.*, 1932)



notent les réactions anormales à l'insuline et au glucose (Mann et Scott (*The Mott memorial volume*, p. 279, 1929) après avoir donné 50 gr. de glucose et 10 unités d'insuline trouvèrent que 3 seulement sur 24 malades ne présentaient pas d'hyperglycémie prolongée. Ils croient que la glycogénèse fait défaut en raison de la « réaction acide » de ces malades, les psychosiques ayant à leur avis un équilibre acido-basique troublé.

Parmi les phénomènes accompagnant l'hypoglycémie se trouve : l'acidose, soit que la chute de la glycémie détermine une diminution des oxydations tissulaires et cérébrales, d'où surcharge des tissus et en particulier du cerveau en chlore, d'où augmentation des valences acides (corps cétoniques et acide lactique). C'est de l'action de ces transmutations chimiques ayant leur traduction dans le comportement psychique qu'a été déduite l'application de l'effet hypoglycémique au traitement des états schizophrènes. Sakel rapportait en 1930 que les symptômes d'abstinence pendant le traitement des morphomanes pouvaient être soulagés par de grandes doses d'insuline ; opinion confirmée par d'autres. La similitude de ces symptômes d'abstinence à d'autres types d'excitation suggérera à Sakel la possibilité d'inhiber ces derniers de la même façon. Tandis que le shock réel n'était pas produit dans le traitement des morphomanes, on trouvait (et on ne nous en donne pas la mystérieuse raison) qu'il était désirable de le produire chez les schizophrènes.

Les régulations des variables glucidiques sanguines sont sous la dépendance des sécrétions hormonales (insuline) et des autres équilibres (où jouent un grand rôle certaines vitamines : B<sub>1</sub> par exemple). Comme l'écrit P. Meignant (*Encéphale*, 1932, p. 326) : « Le pancréas sécrète au moins deux hormones hypoglycémiantes, l'une est l'insuline, qui paraît avoir son point d'attaque au niveau des tissus où elle commande au catabolisme des hydrates de carbone (insuline proprement dite, insuline de combustion d'Ambard, Schmidt et Arnovlyevitch) ; l'autre est l'insuline à glycogène des autres auteurs, isolée par le Professeur Santenaise et ses collaborateurs sous le nom de vagotonine ; celle-ci, comme l'a montré Santenaise, possède un pouvoir hypoglycémiant propre, lié à son action sur l'excitabilité et le tonus des centres pneumogastriques, en même temps qu'elle abaisse la glycémie (en favorisant la surcharge du foie en glycogène, ceci par l'intermédiaire indispensable du X), la vagotonine augmente l'intensité du réflexe oculocardiaque et le tonus du vague ; par l'intermédiaire de ce nerf elle agit sur le thyroïde et provoque le passage dans le sang

« d'une substance qui abaisse chez le chien la chronaxie du  
« gyrus sigmoïde, c'est-à-dire accroît l'activité corticale. Si l'on  
« se rappelle que, pour certains auteurs, hypervagotonie et  
« alcalose sont liés ; que pour beaucoup l'épilepsie est elle-même  
« souvent une manifestation paroxystique d'alcalose, on voit  
« quels problèmes d'intérêt capital pose indirectement la ques-  
« tion des accidents neuro-psychiques liés à des états d'hypo-  
« glycémie. »

L'administration de vitamine B<sub>1</sub> fait diminuer la fréquence et l'intensité des convulsions hypoglycémiques et abrège la durée de l'hypoglycémie, Demole (Réunion de la Société Suisse de Psychiatrie, 1936). H. Bersot étudie l'influence de la vitamine B<sub>1</sub> sur l'hypoglycémie insulinique (Congrès Aliénistes, 1938) et en Psychiatrie (*Ann. méd.-psych.*, 1938, p. 600). E. Martimor et P. Neven notent l'influence de la vitamine B<sub>1</sub> dans la psycho-polynévrte de Korsakov (*Ann. méd.-psych.*, p. 242, 1938).

## II. — Les lipides

a) Le *cholestérol* est un alcool secondaire non saturé dérivé de l'hydrocarbure saturé correspondant, le cholestane C<sub>27</sub>H<sub>48</sub>. Il joue un rôle capital dans le fonctionnement des cellules vitales. On ignore à peu près tout du métabolisme des stérols dans le cerveau mais il semble peu probable qu'il renferme beaucoup plus de stérol que les autres organes du corps. Nous ne pouvons nous étendre, malgré l'intérêt passionnant de cette étude, sur les transformations chimiques du cholestérol qui nous permettent de comprendre la formation des composés trouvés dans l'organisme vivant ; rappelons seulement que les hormones sexuelles mâle et femelle, les acides biliaires, les substances carcinogènes, la vitamine D, les glucosides cardiaques, le carotène ou provitamine A, semblent avoir la même base structurale chimique et dériver du cholestérol. Il est donc probable que les transmutations du cholestérol jouent un rôle dans les fonctions cérébrales.

La littérature des travaux étrangers est trop considérable pour pouvoir être résumée ici. On en trouvera un aperçu dans l'ouvrage de I.-H. Page (*La chimie du cerveau*). Citons parmi les travaux français ceux de Targowla, Mlle Badonnel et Berman qui en 1923 trouvent sur 60 cas de psychopathies un taux élevé dans 48 p. 100 des cas, un abaissement dans 12 p. 100 et un chiffre normal dans 40 p. 100. Targowla et Lamache rapportent en

1929 (*Encéphale*) leurs recherches sur le cholestérol sanguin qu'ils trouvent augmenté dans la mélancolie et diminué chez les anxieux. En 1925, Tinel, Dupouy et Schiff (*Encéphale*) montrent que l'hypercholestérolémie apparaît comme un des caractères les plus constants de l'involution sénile et des accidents directement en rapport avec la sénilité. Claude, dans la thèse de Hurwitz et dans l'article : Les lipides du sang dans les maladies mentales de la *Biologie médicale*, n° 3, 1935, dégage avec Dublineau et Mlle Bonnard le sens des recherches antérieures. Ils rapportent les analyses de 27 psychopathes et concluent : que le taux du cholestérol et des lipides « ne présente que des variations peu importantes mais il se dégage cependant une moyenne : l'augmentation du cholestérol et du coefficient lipocyttique dans les états maniaco-dépressifs ; une cholestérolémie normale ou basse avec coefficient lipocyttique sensiblement normal dans les états schizophréniques ; un taux variable dans les autres états (épilepsie, tumeur cérébrale, états démentiels sénile ou artériopathie). Très justement, les auteurs insistent sur l'importance du fait que les variations paraissent centrées non sur la notion de maladie, mais sur celle des conditions qui président au fonds organique : tonus émotionnel, comme l'a montré Stenberg, lésions des centres végétatifs (Riccitelli-Lolli), équilibre fonctionnel thyroïdien (Duncan) qui ont un rôle prééminent dans les équilibres du cholestérol sanguin.

b) Les *phosphatides*. Ils constituent une grande partie des lipides cérébraux. Ils doivent jouer un rôle dans le métabolisme intermédiaire des lipides. Les phosphatides sont les esters de l'acide phosphorique et ressemblent aux graisses par leurs propriétés physiques. Rappelons-en les groupes principaux : les lécithines, les céphalines, la sphingomyéline. L'hydrolyse des lécithines donne, en dehors du glycérol, de l'acide phosphorique et des acides gras, la choline (hydroxyéthyltriméthylammonium hydroxyde) qui n'est pas un lipide mais joue un rôle très important dans la fonction cérébrale. Le cerveau est riche en phosphatide, que l'on rencontre dans les gaines de myéline, et dont la quantité s'accroît avec l'âge. Il semble très difficile de modifier la quantité de phosphatides du cerveau, mais par contre la maladie peut réaliser ce que ne peut faire l'expérimentation. Nous le constatons dans le :

1° Syndrome de Hand (Schüller-Christian). Xanthomatose généralisée. Caractérisée au point de vue biochimique par le dépôt d'esters du cholestérol dans l'oligodendrogliose et la micro-

glie, de cholestérol libre et de petites quantités de phosphatides dans le cerveau avec ou sans hypercholestérolémie.

2° Maladie de Niemann-Pick, liée au dépôt de lécithine, de céphaline et de sphingomyéline (Klenk, *Zeit. physiol. Chem.*, 1934, et voir F. Schob-Bumke *Handb. d. geistes Krankheiten*, XI, p. 952, 1930). Rappelons les belles études de Dide, Guiraud et Van Bogaert en France, et celles toutes récentes de Guillain et J. Bertrand.

3° L'idiotie familiale amaurotique est également liée à des troubles importants du métabolisme des phosphatides.

4° Les processus de démyélinisation d'étiologie variée sont dus à des troubles du métabolisme des graisses neutres. Est-ce que ces différents troubles lipidiques ont quelque analogie ? Il existe certainement un équilibre entre les lipides.

e) Le cerveau normal renferme de très petites quantités de *graisses neutres*, mais quand une anoxémie grave se produit, des gouttelettes de graisses neutres apparaissent. L'anoxémie entre autres troubles entraîne l'acidose, celle-ci peut être associée à la lipémie. Il se peut que l'acidose soit l'un des facteurs intéressés dans la rupture d'équilibre des différents lipides de telle sorte que la graisse neutre soit formée, que ce soit par formation nouvelle ou par augmentation de la quantité de graisse présentée à la cellule nerveuse, par le sang. Les lipidoses peuvent être rapides ou lentes (au cours du vieillissement) mais bien que Sobotka (*Naturwiss.*, 1930, p. 169) ait présenté un schéma hypothétique de la disposition des lipides dans leurs processus d'estérification réciproque, nous ignorons encore tout de la façon dont les équilibres lipidiques sont maintenus. Le tissu nerveux en voie de dégénérescence présente des modifications chimiques caractéristiques : le Marchi colorera les graisses neutres apparaissant. La qualité chromophile spéciale est probablement due à la présence de substances hautement réductrices, provenant de la dégénérescence du tissu, particulièrement des acides non saturés. Les acides gras libres libérés pendant les premiers stades de la dégénérescence sont peut-être estérifiés avec production de graisses neutres (esters du glycérol) et d'esters du cholestérol. La démyélinisation est probablement en rapport avec la désintégration des phosphatides et des cérébrosides suivie de l'estérification des graisses neutres et du cholestérol.

d) *Hormones et lipides*. Ces hormones sexuelles sont des lipides, en liaison avec les hormones surrénales elles semblent participer au métabolisme des lipides. On croit d'autre part que la

fonction de ces glandes est très troublée dans les maladies du système nerveux central. Il y a des rapports curieux entre le développement des glandes surrénales et le développement de l'encéphale et entre la pituitaire et le cortex surrénal : les états aplastiques de l'hypophyse sont accompagnés de l'aplasie du cortex surrénal. Bien que le cerveau ne contienne pratiquement pas d'esters du cholestérol, la pituitaire ressemble au cortex surrénal en ce qu'elle en contient des quantités relativement grandes (I.-H. Page et E. Müller). Rapprochons du trouble du métabolisme des lipides le syndrome de Simmonds (sénilité prématurée, atrophie généralisée des tissus et torpeur psychique).

e) *Métabolisme des acides gras*. Leur fonction est encore inconnue dans le cerveau mais on peut dire que la composition de la substance grasse du cerveau diffère d'une façon frappante de celle d'autres organes où les esters du cholestérol et les glycérides sont abondants et où les cérébrosides manquent presque totalement.

Le contrôle hormonal direct du métabolisme des lipides n'est pas prouvé, l'on n'a pas encore découvert d'hormone spécifique exclusivement intéressée au métabolisme des graisses (hormones lipidiques pituitaires, de Anselmino et Hoffmann et de Raab ?) Mais des hormones agissent indirectement sur les lipides. Exemple : l'insuline abaisse le sucre sanguin, augmente le glycogène hépatique et peut entraîner la décharge des lipides dans le foie. La pituitaire aurait une action (Raab, *Zeit. f. d. ges. exp. med.*, 1926-1928), la destruction du tuber peut causer l'obésité. L'adrénaline provoquerait une élévation transitoire du cholestérol sanguin et l'hypercholestérolémie émotionnelle. La thyroxine augmenterait le cholestérol sanguin des hypothyroïdiens et diminuerait chez les hyperthyroïdiens (Duncan, *J. Ment. Sci.*, 1931, p. 332).

### III. — Le métabolisme azoté

Le métabolisme azoté a suscité relativement peu d'intérêt, les résultats en sont pauvres bien que des chercheurs se soient récemment consacrés à l'étude des protéines du liquide céphalo-rachidien.

a) Le métabolisme créatine-créatinine : c'est le cerveau qui après le muscle renferme les plus grandes quantités de créatine dont l'activité est conditionnée là, par la présence d'acide



phosphorique (phosphocréatine). Selon J.-M. Looney (*Am. Journ. Psych.*, 1924, p. 29, et *Am. Journ. Physiol.*, 1924, p. 639), la créatine sanguine de catatoniques avec rigidité marquée dépassait considérablement le taux normal (4 mgr 18 p. 100 contre 2 mgr. 6 p. 100). On trouvait des valeurs basses chez les déments précoces en voie de dissociation et chez les mélancolies involutives. Bowman (*Am. Journ. Psychiat.*, 1922-23, p. 379) trouve chez les 60 psychopathes des taux normaux de créatine, créatinine et d'acide urique, confirmant les résultats de Adler et Ragle (*Boston Med. Surg. Journ.*, 1914, p. 769). Claude, Baruk, Thévenard et Rafflin (*Encéphale*, 1927, p. 741) ne trouvent aucune augmentation de créatine-créatinine dans le sang de parkinsoniens et de catatoniques. Crozet (*Thèse Paris*, 1938), Stora et Tcherniakofsky (*Ann. méd.-psych.*, 1938) ont apporté leur contribution pour les déments précoces.

b) Le métabolisme des protéines. L'abondance et la diversité extrême des publications étrangères ne peuvent être résumées en quelques lignes. L'utilisation des corps azotés et leur métabolisme sont souvent troublés au cours de l'évolution des syndromes mentaux. Citons les contributions de Targowla, de Toulouse, Marchand, Schiff et Courtois sur les encéphalites psychosiques aiguës azotémiques, de Chatagnon, Trelles et Balarin sur l'utilisation des corps azotés (*Bull. Soc. clin. de méd. ment.*, 1930, p. 40), de Ch. Richet et Dublineau sur les effets de la piqûre du 4<sup>e</sup> ventricule sur la combustion des matières protéiques (*C.R. Ac. sciences*, 1931, et *Ann. méd.-psych.*, 1931), de M. Cahane sur l'hyperazotorachie et l'hyperchlororachie dans certaines maladies mentales (*Ann. médico-psych.*, 1931, p. 321), de Laignel-Lavastine, Delay et Bouvet dans leurs études des azotémies, de Th. Simon, Goiffon et J.-Ch. Roux sur l'index-tyrosine des polypeptides sériques (*Ann. médico-psych.*, 1925, et *Comptes Rendus de la Société de biologie*, 1935, p. 926), attirant l'attention sur cette très intéressante question des polypeptides sanguins et cérébraux. Etude également entreprise par Claude et ses élèves : Dublineau, Ey, Masquin et Mlle Bonnard (*Presse médicale*, 1932, *Encéphale*, 1937) dont les résultats sont les suivants : sur 70 malades : augmentation du taux des polypeptides sanguins ou rachidiens dans les syndromes mentaux traduisant un état d'intoxication de l'organisme. Il y a des polypeptidorachies plus ou moins indépendantes du taux des polypeptides sanguins (formation locale intracérébrale de ceux-ci).

Avec raison J. Dublineau insiste sur l'importance de l'étude de tous les métabolismes dans leurs rapports réciproques pour

l'interprétation des syndromes mentaux (idée qui nous est particulièrement chère) et il en dégage l'importance de la notion du terrain.

#### IV. — Les électrolytes et les gaz

Certaines des altérations de leur concentration, même légères, influencent profondément les fonctions cérébrales. La plupart des études sont limitées au sang et au liquide céphalo-rachidien et les équilibres chimiques entre la cellule cérébrale et ce qui l'entoure n'ont pas été approfondis, le tissu cérébral étant un peu spécial dans le métabolisme de ses gaz et de ses électrolytes par rapport aux autres tissus.

*Les concentrations de l'ion H.* — L'on ne sait pas encore si la concentration vers le côté acide de la neutralité est accompagnée par une diminution de l'irritabilité, et un changement vers le côté alcalin, par une augmentation ; en général ceci semble vrai. La concentration des ions H du sang entraîne des modifications des autres électrolytes du sang qui peuvent à leur tour influencer l'irritabilité du cerveau. De l'ensemble des études faites sur le sang et le liquide céphalo-rachidien dans les maladies mentales on peut conclure que le pH est dans des limites normales.

*La stimulation respiratoire dans les affections mentales.* — Loevenhart, Lorenz, Waters (*Journ. Ann. Méd. Soc.*, 1929, p. 880) observèrent curieusement que la respiration artificielle de mélanges de 30 p. 100 de CO<sup>2</sup> et d'air produit de courtes périodes de fonction mentale presque normale dans des cas de schizophrénie catatonique. Ils considèrent ce phénomène comme étant dû à une vraie stimulation du cortex, analogue à la stimulation des cellules bulbaires par le CO<sup>2</sup> ; d'Elseaux et Solomon (*Arch. Neur. Psych.*, 1933, p. 213) tentèrent d'en découvrir le mécanisme. Golla et ses collaborateurs (*Proc. Roy. Soc. Méd.*, 1929, p. 31) firent de nombreuses études sur les modifications des équilibres gaz-électrolytes dans la schizophrénie.

*Les bases totales du sang au cours des psychopathies.* — Les bases du sang et des tissus sont composées presque exclusivement de K, Na, Ca et Mg. Le contenu des bases totales, plus qu'aucun autre facteur, détermine la pression osmotique des liquides organiques, même dans les cellules (Peters et Van Slyke). La concentration des bases totales par unité d'eau dans les tissus reste constante ; en conséquence, leurs modifications dans l'or-

ganisme sont parallèles, et l'on comprend que la concentration des bases totales soit un sujet de grande importance pour le maintien du métabolisme de l'eau du cerveau.

La quantité des bases totales du plasma de maniaques-dépresseurs est normale (Williams et Wilkins, *Asso. Res. Nerv. Ment. Dis.*, 1931). Les chlorures et le  $\text{CO}_2$  du plasma sont normaux. Ils ne trouvèrent pas de rapport entre les degrés d'acidose et l'hyperactivité des malades. Le sang d'épileptiques, de déments précoces, de maniaques-dépresseurs ne montre aucune altération du Cl et du Ca selon Weston (*Arch. Neurol. Psych.*, 1920). L'N total, l'N non protéique, l'acide urique, l'urée, la créatine, la créatinine et le glucose étaient aussi en quantité normale. Bowman (*Ann. Jour. Psych.*, 1922-1923) aboutit aux mêmes conclusions.

Les recherches des équilibres acido-basiques au cours des syndromes mentaux ont été poussées, en particulier dans l'épilepsie. Elles ont été complétées par celles de certains cations. On doit à J. Loeb la notion que les fluctuations des systèmes chimiques, formés du groupe des ions métalliques  $\frac{\text{Na-K}}{\text{Ca-Mg}}$  modifient au moins deux des modalités de la fonction cellulaire, la perméabilité et l'excitabilité. La carence en certains ions a donc une importance primordiale pour la qualité de l'excitabilité neuromusculaire.

*Le Ca et le P. Le calcium et le système nerveux végétatif.* — L'on sait peu de choses au sujet de l'effet des modifications des quantités de Ca et de P du sang sur le système nerveux central. F. Blum (*Arch. f. Psychiat.*, 1932, p. 215) a soigneusement étudié les aspects psychiques de l'insuffisance parathyroïdienne chez les animaux. Hess et Lewiss (*Journ. Amer. Med. Assoc.* 1928, p. 783) remarquent que les petits enfants recevant une dose excessive de viostérol montrent des modifications mentales particulières. Parhon et Werner (*Ann. méd.-psych.*, 1932, p. 87) étudient le rapport Ca/K dans un certain nombre de syndromes mentaux. Kretschmer et Krüger (*Klin. Woch.*, 1927, p. 695) concluaient que le Ca sanguin de vagotoniques peut, sous l'hypnose, varier en dehors des limites normales. Des sujets normaux ne montrent pas cette labilité. Ce test pourrait être utilisé comme index du contrôle végétatif dérégulé (Glaser, *Klin. Woch.*, 1924). La suggestion hypnotique agissant sur le tonus végétatif peut modifier le Ca sanguin. Pour Futer et Wieland (*Zeit. f. d. ges. Neur. Psych.*, 1929), il y a un rapport anormal K/Ca lorsqu'il y a des troubles extériorisés du système nerveux végétatif (Epilepsie, Parkinson, Schizophrénie). Ils ne peuvent cependant pas

montrer un strict parallélisme entre les électrolytes du sang et les deux types cliniques supposés de tonus végétatif (vago-tonique et sympathéotonique).

*Le Chlore.* — Mlle C. Chatagnon (*C.R. Soc. biol.*, 1938, p. 868) démontre que le Cl. sanguin de schizophrènes femmes, quel que soit leur stade d'évolution, se trouve dans des limites normales. Le contenu chloré du cerveau peut être altéré dans l'urémie selon Blum et Broun (*C.R. Soc. biol.*, 1927, p. 638-640) : 4 à 7 fois au-dessus de la normale dans la substance grise, et 2 à 3 fois dans la substance blanche. Delaville et Tcherniakofski (*C.R. Soc. biol.*, 1929, p. 473) trouvèrent également de la rétention chlorée cérébrale chez 30 malades ; il est cependant difficile d'écarter la possibilité d'un effet secondaire dû au mauvais état physique du sujet ou à une affection concomitante d'un autre viscère. Ce sont de pareilles réserves que fait M. Cahane (*Ann. méd.-psych.*, 1932, p. 664) dans son étude sur le Cl. cérébral qu'il trouve augmenté dans la majorité des maladies mentales.

*Le Brome.* — L'on sait depuis fort longtemps que les bromures administrés à doses suffisantes déterminent une dépression marquée du système nerveux. Zondek et Bier (*Klin. Woch.*, 1931-1933) se sont demandé si la psychose maniaeco-dépressive ne pouvait pas avoir sa raison profonde dans la présence d'une bromémie particulière ; ils ont en outre étudié le rôle de l'hypophyse dans le problème du sommeil et certains états d'excitation. Ils concluent de leurs analyses que la teneur en brome est variable selon les différentes régions du cerveau, et que sur 40 cas de psychose maniaeco-dépressive endogène, la bromémie était pour 35 cas de 40 à 60 % au-dessous de la normale, les autres halogènes sanguins étant en proportion normale. De l'ensemble de leurs recherches semblait se dégager la notion de l'existence d'une hormone bromée. Mlle C. Chatagnon entreprit la vérification des faits avancés par Zondek et Bier. Après des recherches qui durèrent trois ans et utilisant une méthode éprouvée, elle obtint des résultats qui ne confirmèrent pas ceux de Zondek et Bier (*C.R. Ac. sciences*, 1936, p. 1119, *Bull. Soc. chimie biol.*, 1936). Poursuivant alors l'étude du métabolisme du brome dans l'économie, elle établit la nature du métabolisme intermédiaire de cet élément dans l'estomac, les courbes de ses équilibres, le rythme de ses éliminations urinaire et fécale, introduction à sa répartition et à son comportement dans la substance nerveuse. Des déductions thérapeutiques inattendues et de grande importance pratique résultèrent de ces recherches théoriques (*Bull. Acad. médecine*).

cine, 1936 — *C.R. Acad. sciences*, 1937 — *Presse médicale*, 1936 et 1937). Des expériences sur un composé thérapeutique bromé ont été faites par Vigneron d'Heucqueville, et X. et P. Abély et Balâtre ont mis au point une technique (*J. pharm. et chimie*, 1<sup>er</sup> nov. 1936, p. 409) pour l'étude de la recherche du brome.

*L'Iode.* — Dans son métabolisme, le système nerveux central (l'hypophyse) et la glande thyroïde sont intimement associés, mais cette dernière n'est qu'un anneau du métabolisme de l'iode dans l'économie, elle est elle-même sous le contrôle du cerveau. Schittenhelm et Eisler (*Klin. Woch.*, 1932). Gulotta (*Riv. d. Pat. Nerv. Ment.*, 1930, p. 572) observa que le Ca sanguin de déments précoces tranquilles variait dans des limites normales, mais s'élevait pendant l'excitation et tombait au-dessous de la normale pendant les phases catatoniques. Walther et Gordonoff (*Zeit. f. d. ges. Neurol. Psych.*, 1932, p. 616) suggérèrent que chez les sujets normaux l'élévation du tonus parasympathique = élévation de K, la stimulation sympathique = abaissement. Le Ca se comporte d'une façon semblable, chez les catatoniques, l'excitation provoque un abaissement du Ca et du K. Les cas chroniques présentent une variation du Ca et du K dans les limites normales. Condorelli (*Zeit. f. Klin. Med.*, 1928) et Fischer (*Arch. exp. Path. Pharm.*, 1928) rapportent qu'il y a un centre dans le thalamus externe qui semble contrôler l'équilibre des électrolytes du sang. Ses lésions peuvent entraîner la réduction du Ca sanguin qui est alors accompagnée par l'élévation du K. Pendant le sommeil ou l'excitation il se produirait des mouvements des équilibres des électrolytes (du Ca et du K en particulier) analogues à ceux qu'ont rencontrés Montassut, Delaville et Mille Russel dans l'émotivité et la dépression constitutionnelle (*Encéphale*, 1930). J. Michaels (*Arch. Neurol. Psych.*, 1935, p. 362) étudie en détail les rapports du Ca aux troubles neuro-psychiques. En réalité il n'y a pas de preuve démontrant le rapport entre la déficience calcique et l'épilepsie, la narcolepsie, la catalepsie et la migraine. Le parkinsonisme post-encéphalitique montre une légère labilité du Ca sanguin, il en est de même dans la schizophrénie, la psycho maniaque-dépressive et les états émotionnels.

*Mesure par les échanges gazeux du métabolisme du système nerveux central.* — Il a été jusqu'alors très difficile de retirer de l'étude du métabolisme basal des résultats pratiques pour la mesure de l'effet de l'effort mental ou de la déviation de la fonction psychique. La question a été très étudiée hors de France. Signalons entre autres en France l'article de Claude, Baruk et



Medakovitch (*Encéphale*, 1928, p. 797) portant sur 16 schizophrènes dont 14 présentaient un métabolisme basal bas. La déficience de l'oxydation des tissus de l'organisme, particulièrement de la région hypothalamique, a été pour certains auteurs considérée comme la cause de la schizophrénie.

## V. — Les vitamines et la bio-chimie cérébrale

Les vitamines lipo- et hydrosolubles doivent jouer un grand rôle dans le fonctionnement cérébral puisque les avitaminoses se traduisent par l'apparition de changements dégénératifs progressifs du système nerveux central à tous les stades du développement de l'organisme. Citons quelques exemples : Adderhalden, Schmidt (*Pflüger's Arch. ges. Physiol.*, 1921, p. 174) montrent que les tissus animaux déficients en vitamine B<sub>1</sub> manquent du pouvoir d'oxydation ; on a prouvé que l'avitaminose B<sub>1</sub> entrave la dégradation oxydative des hydrates de carbone. Nous avons déjà montré le rôle de la vitamine A dans le processus de démyélinisation et dans le métabolisme des graisses. Les applications thérapeutiques de ces notions ont été données en particulier par Mellanby (traitant les scléroses disséminées par la vitamine A), par Martimor qui traite les accidents d'alcoolisme, et par Chatagnon qui jette les bases d'une thérapeutique biologique des manifestations de la psychose maniaco-dépressive (*Thèse de Douala-Bell*, Paris, 1940) fondée sur la notion des troubles des oxydations cérébrales. La biochimie des vitamines se conjugue étroitement en ce qui concerne le fait psychiatrique avec celle des hormones : c'est le champ d'expérience de l'avenir.

## VI. — Les enzymes du cerveau

Peu étudiées jusqu'alors, elles doivent cependant jouer un rôle dans le fonctionnement cérébral. Signalons seulement quelques exemples : la phosphatidase, réalisant la désintégration phosphorée des phosphatides au cours de la démyélinisation ; la lipase hydrolysant les graisses neutres ; la nucléase dégradant l'acide nucléique en nucléosides et nucléotides (on la trouverait en quantité élevée pendant le stade aigu de la maniaco-dépressive) ; l'anti-trypsine, augmentée dans le sang de la démence précoce, de la paralysie générale, de l'épilepsie ; la catalase agissant sur l'O moléculaire de H<sub>2</sub>O, augmentée dans la paralysie générale, diminuée dans la démence précoce, ses variations sem-

bleraient plus grandes chez les psychopathes que chez les normaux. L'indophénol-oxydase serait réduite dans le tissu cérébral dans les cas d'idiotie amaurotique. Ces enzymes et beaucoup d'autres concourent aux phénomènes d'oxydo-réduction si remarquables du fonctionnement cérébral.

## VII. — La chimie-physique

Elle a une grande importance pour l'étude des problèmes que posent les manifestations neuro-psychiatriques. Un exemple fourni par I.-H. Page dans son ouvrage : *Chimie du cerveau*, p. 258, le fera comprendre : « Les mineurs travaillant dans une atmosphère chaude et humide transpirent librement, il en résulte qu'ils perdent de grandes quantités d'eau et de sel. S'ils étanchent leur soif avec de l'eau du robinet, ils sont sujets à des crampes violentes et à des troubles mentaux temporaires, mais tous les symptômes peuvent être évités en buvant de l'eau contenant du chlorure de sodium. L'on a montré que grâce à la perte de sel par la peau les électrolytes du plasma et les liquides extra-cellulaires deviennent hypotoniques. Apparemment cette simple élévation de l'équilibre sel-eau est res-ponsable de troubles mentaux profonds ».

Nous savons aussi que la déshydratation avec, en conséquence, les modifications de l'état colloïdal, est probablement le phénomène le plus général du vieillissement du cerveau. Bancroft (*Jour. Phys. Chim.*, 1931-1932-1933) divise les psychoses fonctionnelles en deux groupes : de dispersion (folie schizoïde), et de coagulation (folie cycloïde). Peut-être est-ce là bien schématique ?

C'est la chimie-physique qui nous rendra compte des inconnues de l'œdème cérébral (eau libre, eau liée des tissus, etc.), des effets antagonistes des électrolytes cérébraux, de l'état physique des phosphatides, du cholestérol dans le sang et le cerveau, etc...

Les travaux que nous avons ainsi rassemblés donnent une idée du nombre déjà considérable des recherches entreprises en psycho-bio-chimie depuis l'après-première guerre mondiale ; sans doute certaines prêteraient-elles à critique étant hâtives, fragmentaires, incomplètes, utilisant des méthodes insuffisantes, mais toutes sont inspirées de l'esprit qui doit être celui du psychiatre : l'esprit critique rigoureux, l'esprit scientifique. Ce bilan nous montre l'étendue de ce qui reste à faire. Mais développons encore, par l'exposé de quelques exemples bien étudiés et représentatifs, les raisons que nous devons avoir d'approfondir ces études de psycho-bio-chimie.

LES FONCTIONS OXYDATIVES DU CERVEAU. — De nombreuses manifestations indiquent qu'il existe un rapport étroit entre les processus cérébraux et le métabolisme général, et que ces processus cérébraux sont sous la dépendance de troubles des phénomènes d'oxydation ou d'oxydo-réduction. C'est le cas dans l'état confusionnel observé au cours de la décompensation cardiaque, dans les symptômes de la maladie des caissons, du mal des montagnes et du mal des aviateurs, de l'insuffisance surrénale (Soulairac).

Examinons rapidement, en rapportant l'exposé de J.H. Quastel (*Perspective in Biochemistry*) et de Mc Farland (*Arch. Psych. N.Y.*, 1932), les manifestations psychologiques de l'anoxémie consécutives à l'exposition du corps aux tensions d'oxygène abaissées. Quand on produit un manque d'oxygène, comme dans une montée en avion, le premier effet est l'excitation, aboutissant à une sensation de bien-être, ce stade est généralement suivi par un état de torpeur sensitive et mentale. Quand le pourcentage d'O est réduit d'un tiers (c'est-à-dire de 21 à 14 %, à approximativement 12.000 pieds) l'aviateur est conscient d'un trouble de sa respiration. A 10 % il a une incapacité mentale marquée. Alors que l'ascension se poursuit, la mémoire et le jugement s'altèrent, l'appréciation du temps est affectée et la vue et l'ouïe sont émoussées. Malgré ses réponses nettement insensées, l'aviateur ressent d'une façon tout à fait assurée que son esprit est clair et que son jugement est sain. Souvent il est possédé d'idées fixes, incapable de raisonner pourquoi les choses sont insensées, étant fréquemment ignorant de toute altération de sa conduite. Il y a aussi perte de la notion de ce qui est juste, défini, qui est un des traits les plus caractéristiques des troubles mentaux. La perte de conscience se produit si l'aviateur continue de monter. Bancroft rapporte qu'en voyage aux hautes altitudes il avait été témoin de réactions émotionnelles semblables à celles réalisées après l'absorption d'une dose d'alcool, à savoir : la dépression, l'apathie et l'assoupissement ou l'excitation et la joie et la perte générale du contrôle de soi. Un sujet peut chanter ou fondre en larmes pour aucune raison apparente, ou être extrêmement querelleur, indolent et insouciant. Des erreurs arithmétiques stupides sont faites et la persévération est digne de remarque. Ajoutons à cela les réactions euphoriques, la colère, la puissance de destruction, la crainte, le rire niais, l'instabilité émotionnelle (bien due au manque d'O et non à la fatigue puisque des troubles semblables surviennent dans les caissons sur des sujets ne faisant aucun effort). Ce sont tous les symptômes que l'on rencontre chez les psychopathes.

L'anoxémie peut donc être comparée aux stades progressifs de l'intoxication alcoolique, mais elle peut-être également comparée au comportement qui succède à l'action des narcotiques. Au cours de la narcose, tant chez les sujets normaux que chez les psychopathes, pendant les périodes de réveil, il survient un obscurcissement de la conscience, de la confusion et un manque d'attention. Le pouvoir de compréhension est diminué, la pensée difficile, à certains moments il y a de la persévération. Les sujets sont fréquemment désorientés et amnésiques ; l'intelligente coopération d'un point de vue psychologique est impossible. Ils montrent de l'euphorie et d'autres traits psychologiques qui dépendent de la disparition d'inhibitions analogues à celles que l'on voit dans l'intoxication alcoolique. On observe les réactions primitives sous la forme de comportement niais et non contrôlé. Quelques malades sont larmoyants, d'autres agressifs, paranoïdes. Ces manifestations peuvent continuer pendant un temps court après la narcose et doivent être considérées dans le plus grand nombre de cas comme étant dues à l'action du narcotique.

Donc : similitude des réactions psychologiques à la suite du manque d'O et des réactions observées dans la narcose légère ; ne pouvons-nous donc pas soulever l'hypothèse que certains troubles mentaux puissent trouver leur origine dans un état physiologique correspondant à l'anoxémie ?

C'est à ce stade qu'une recherche des modifications du métabolisme cérébral acquiert toute sa signification dans l'étude du trouble mental. Il est clair que l'anoxémie peut non seulement être produite par un manque d'oxygène mais par les conditions mises en œuvre pour rendre l'oxygène impropre pour les buts d'oxydation. Ainsi, toutes les perturbations du système nerveux qui aboutiront à une diminution du taux de la respiration du tissu nerveux seraient aussi productives d'aberrations mentales que le manque d'O lui-même.

Tous les narcotiques ont une propriété en commun : ils inhibent spécifiquement à de faibles concentrations, aux concentrations qui provoquent la narcose profonde pour le gardénal, le somnifène, l'évipan, l'oxydation par le tissu cérébral de substances telles que le glucose, l'acide lactique, l'acide pyruvique, importantes dans le métabolisme des sucres. L'inhibition avec la plupart des narcotiques est pratiquement complètement réversible, montrant qu'aux concentrations utilisées les narcotiques ne lèsent pas les cellules.

L'oxydation de substances telles que le succinate de sodium ou le p-phénylènediamine, qui sont oxydées librement par le cer-

veau, n'est pas affectée par les narcotiques, et les oxydations de substances telles que l'acide glutamique, l'hexosediphosphate ou l' $\alpha$ -glycérophosphate par le cerveau affecté par les narcotiques ne le sont pas au même degré que celles du glucose et de l'acide pyruvique.

Les résultats montrent que les narcotiques n'interviennent pas dans l'arrivée de l'O à la cellule nerveuse mais qu'ils interviennent spécifiquement (à de basses concentrations) à la dégradation oxydative du glucose, de l'acide lactique ou de l'acide pyruvique.

Ces faits acquièrent une signification spéciale quand on considère que dans le métabolisme du cerveau, la dégradation des sucres occupe une position dominante. Il n'est pas raisonnable de conclure que la narcose puisse être due à l'absorption du narcotique à des aires particulières du système nerveux, et à l'inhibition à ces endroits de l'oxydation du glucose ou de l'acide pyruvique avec une chute consécutive dans l'apport d'énergie aux cellules et des activités diminuées des centres nerveux intéressés.

L'importance du glucose et de ses produits de dégradation du métabolisme cérébral ne se voit pas seulement dans les faits concernant la respiration cérébrale, mais dans d'autres activités métaboliques du cerveau comme par exemple la synthèse glutaminique (Krebs, 1935, *Bioch. Jour.*) et la formation d'ester cholinique (Quastel, Tennenbaum, Wheatly, *Bioch. Jour.*, 1936).

Dans la dégradation des oses au niveau du cerveau, Peters (*Bioch. Jour.*, 1939) a démontré le rôle de la vitamine B<sub>1</sub> dans l'oxydation de l'acide pyruvique, l'absence de cette vitamine pourra donc entraîner des troubles. Au cours du coma insulinaire les accidents cérébraux semblent être dus au manque de glucose, si nécessaire à l'activité fonctionnelle du tissu nerveux. Une dépression dans l'activité respiratoire des cellules nerveuses semble être la caractéristique métabolique essentielle du traitement de la cure de Sakel. Nous retrouvons donc là une ressemblance remarquable à la thérapeutique par la narcose prolongée. Et nous rejoignons ainsi la production des troubles mentaux par manque d'oxygène dans certaines parties déterminées du système nerveux central que nous avons décrits dans le mal des aviateurs.

Mais plus encore les oxydations du cerveau peuvent être extériorisées par l'action de certaines substances connues comme étant normalement produites dans l'intestin, par l'action bactérienne fermentative, qui agissent sur la respiration glucidique du cerveau comme les narcotiques : ces substances semblent être



pour la plupart les produits de dégradation de la tyrosine et du tryptophane (la tyramine, l'indol, la phényléthylamine). La mescaline, dérivée de la phényléthylamine, bien connue pour sa production d'hallucinations visuelles a une action semblable. Or, ces corps sont normalement détoxiqués par le foie, et l'on sait, nous y avons insisté bien souvent nous-même, combien est fréquente l'insuffisance hépatique chez les psychopathes. Ces corps passent-ils dans la circulation générale, et l'on observera des troubles mentaux authentiques en tout ou en partie semblables à ce que l'on voit dans l'anoxémie. Tels sont quelques faits qui nous prouvent à l'évidence des rapports des troubles mentaux aux défauts d'oxydation du tissu cérébral.

Sans doute tout n'est-il pas encore connu des phénomènes physico-chimiques qui conditionnent les manifestations psychiques du mal des aviateurs, de l'intoxication alcoolique, de la narcose et de la narcose prolongée, de l'hypoglycémie, des substances dérivées des fermentations intestinales, il n'en demeure pas moins que nous possédons un fil conducteur : les défauts de la fonction oxydative du cerveau, comparables à ceux que l'expérimentation a mis en lumière dans l'anoxémie. D'un tel résultat l'on peut tirer des conséquences thérapeutiques efficaces, certaines.

L'application des études bio-chimiques aux problèmes posés par les psychoses n'est pas toujours aisée, même dans les cas les plus simples. Différencier, pour les troubles métaboliques cérébraux, les causes de leurs effets, sera souvent bien délicat : par exemple, la phénylcétonurie, cette maladie métabolique décrite par Fölling (*Hoppe Seiler. Z.*, 1934, p. 169) détermine-t-elle les troubles mentaux qui l'accompagnent ou bien phénylcétonurie et troubles mentaux ont-ils une origine commune ? Quoi qu'il en soit la recherche bio-chimique apprendra que l'acide phénylpyruvique semble naître de la combustion incomplète de la phénylalanine et que l'organisme est incapable de disposer de l'acide phénylpyruvique au taux normal, et ces données seules pourront être d'un grand intérêt pour le psychiatre, comme le sont dans d'autres cas les variations de l'urée sanguine ou de la glycémie.

D'autre part les troubles physio- ou physiopathologiques conditionnant le syndrome mental peuvent présenter de grandes différences suivant les sujets, la fonction cérébrale étant sous la dépendance directe ou indirecte des autres métabolismes viscéraux et endocriniens de l'organisme. Nous n'aurons donc pen-

dant longtemps encore que des problèmes individuels à résoudre. Les difficultés que nous signalons concernant les circonstances étiologiques du syndrome mental ont fait dévier l'attention des psychiatres vers l'étude des aspects plus extérieurs, psychogéniques de la psychopathie qui semblait plus simple et d'analyse et de compréhension plus tangible. L'inconvénient d'une telle conception est qu'elle ne conduit qu'à des thérapeutiques psychologiques, efficaces certes et de grande valeur chez les sujets aptes à coopérer, mais la plupart du temps illusoires car elles ne permettraient pas de toucher et d'effacer les facteurs étiologiques sous-jacents, lorsque ceux-ci étaient de nature pathologique.

Enfin une autre difficulté de l'application des études bio-chimiques aux problèmes des psychoses est que le champ d'expérimentation est essentiellement celui du matériel humain. Les recherches seraient beaucoup plus faciles si les animaux d'expérience — qui ne sont souvent pas indemnes d'anomalies psychiques — pouvaient nous présenter des syndromes typiques de schizophrénie ou de psychose maniaco-dépressive.

Cependant aucun autre organe du corps ne peut être étudié avec plus de commodité que le cerveau : les quatre gros tronc artériels principaux et les veines efférentes d'une part, le liquide cérébro-spinal d'autre part sont très accessibles. Ajoutons que la chirurgie crânienne, grâce à l'œuvre admirable de Cushing, nous permet, dans certains cas précis, de pouvoir faire de microscopiques biopsies utilisables pour la recherche bio-chimique. Enfin la culture du tissu cérébral pourra être d'un précieux secours pour de telles investigations, sans parler des examens sur le cerveau nécropsique.

Les recherches de psycho-bio-chimie devront être bien ordonnées, complètes, effectuées avec des techniques sûres, intégrées dans l'activité métabolique générale, c'est-à-dire situées par rapport aux autres fonctions. De nouvelles méthodes devront être imaginées pour l'analyse du système nerveux central : on apprendra par exemple davantage sur son métabolisme en suivant le cours de la désintégration des phosphatides qu'en évaluant la concentration du sucre du sang. Et ainsi, des considérations spéculatives sur les fonctions du chimisme cérébral résulteront pour le psychiatre des applications pratiques immédiates : diagnostiques, pronostiques, thérapeutiques : recherche et dosage de l'alcool, de l'arsenic, du bismuth, du mercure, du brome, des barbituriques, des corps toxiques, peyotl, mescaline, bulbo-capnine, cannabis, éther, cocaïne, morphine et opiacés, etc... Combien il nous reste à apprendre, et par la recherche bio-chimique seule,

sur des sujets qui semblent bien établis et qui pourtant demeurèrent pleins de mystère, tels que l'action des arsenicaux au niveau du tissu cérébral, l'action des déviations des sécrétions endocrines d'hyper- ou d'hypothyroïdie (Hoskins et Sleeper), d'hyper- et d'hypoinsulinisme, de vagotonine (D. Santenaise), d'hyper- ou d'hypofolliculinie (H. Baruk), de sécrétions hormonales mâles (Guiraud et Stora), de sécrétions tubériennes (X. et P. Abély), etc. Et cependant déjà les recherches psycho-biochimiques ont permis d'utiliser l'inhalation de  $\text{CO}_2$  pour restaurer temporairement le psychisme de catatoniques, l'éphédrine pour le traitement des narcolepsies, les hormones dans le traitement électif de déficiences glandulaires, l'anoxémie artificielle pour les cures de narcose, les hypoglycémies provoquées, etc...

Ainsi la recherche scientifique dans le domaine de la psycho-biochimie (que nous avons pour notre part poursuivie avec de très modestes moyens depuis 1926, en collaboration avec Mlle Camille Chatagnon) ne prétend à aucun miracle, mais, par une étude aussi approfondie que les données de la science du moment le permettent, elle s'appliquera à identifier les raisons profondes du tableau symptomatique. Cette recherche scientifique, patiente et toujours pénible, ne sera pas vaine : elle pourra permettre la substitution de méthodes thérapeutiques rationnelles à certains procédés empiriques et parfois quelque peu barbares, mis encore en œuvre sous le couvert d'arguments purement statistiques de soi-disant guérisons cliniques.

Aux types morphologiques d'autrefois nous substituerions des types tenant compte essentiellement des potentialités métaboliques générales et cérébrales du sujet. Partant des bilans des fonctions viscérales, endocriniennes, cérébrales, des constantes et des moyennes physiologiques pourraient être établies, constituant pour chacun sa formule de puissance vitale — les métabolismes cérébraux s'intégrant dans la machinerie générale de l'organisme considéré comme un tout. Ainsi pourrions-nous caresser l'espoir de voir se rénover la notion déjà si féconde mais trop académique des dégénérescences mentales.

La psycho-biochimie a au reste ses lettres de noblesse. Elle fut en effet façonnée par le génie d'un grand savant : J. L. W. Thudicum (1828-1901), fondateur de la chimie cérébrale, et introduite par Kræpelin qui pensait que la recherche chimique était essentielle au développement de la psychiatrie.

---

# PSYCHIATRIE ET NEUROLOGIE

## *Continuité ou contiguité ?*

PAR

PAUL COSSA (de Nice)

Il y a cent ans les *Annales médico-psychologiques* portaient comme sous titre : « Journal de l'Anatomie, de la Physiologie et de la Pathologie du système nerveux ». L'idée ne serait alors venue à personne de dissocier neurologie et psychiatrie : l'une comme l'autre ne se nourrissaient-elles pas aux mêmes disciplines ? Parallèlement à l'analyse sémiologique, l'effort des aliénistes français du XIX<sup>e</sup> siècle s'essayait — tout comme celui des neurologistes — à l'isolement d'entités anatomo-cliniques : la thèse de Bayle sur la paralysie générale date de 1822 ; cinquante ans plus tard, Baillarger attache son nom à la fois à une découverte histologique et à une théorie de l'hallucination.

La fin du XIX<sup>e</sup> siècle vit se dessiner entre les deux spécialités une séparation que consommera le début du XX<sup>e</sup> : autant la discipline anatomo-clinique donnait — alors — de résultats en neurologie, autant ses succès étaient maigres en psychiatrie. Téméairement assurés de tout expliquer par leur intransigeance localisationniste, les neurologistes s'écartaient d'une étude aussi décevante que celle des maladies mentales, pour l'abandonner avec quelque dédain aux « logomachies des philosophes ». Les aliénistes, de leur côté, accentuèrent souvent le divorce en adoptant des attitudes trop éloignées de celles des neurologistes pour être admises par ceux-ci : recherches de sémiologie pure conduisant à la « psychiatrie atomistique » ; édification de grandes synthèses nosologiques ou de systèmes exclusivement psychogénétiques. Cependant passait inaperçue (en France du moins) l'œuvre qui était justement susceptible de maintenir l'unité : celle de Huglings Jackson. L'acmé de cette période est marqué, en neurologie française, par la génération des fondateurs de la

*Revue neurologique*, en psychiatrie par la génération Freud-Bleuler.

Depuis une vingtaine d'années, l'opposition entre neurologie et psychiatrie tend à s'atténuer, les deux spécialités à s'unir. Cette tendance est-elle légitime ? C'est ce que nous voudrions rapidement envisager ici.

## I. — La liaison dans les faits cliniques

Neurologistes et psychiatres avaient beau prétendre s'occuper des maladies différentes, ils étaient amenés, par la force des choses, à voir les mêmes malades : il est, en effet, des affections qui se traduisent à la fois par deux séries de symptômes, neurologiques et psychiatriques ; il est des syndromes frontières que les deux spécialités peuvent aussi légitimement revendiquer pour leur part.

La paralysie générale, quand elle libère l'activité intellectuelle au point de créer le délire, ou quand elle la détruit au point de sombrer dans la démence terminale, fait de la psychiatrie ; elle fait de la neurologie quand elle provoque du bredouillement, du tremblement de la langue, ou des paralysies motrices. L'alcoolisme peut réaliser des polynévrites aussi bien que la confusion onirique de l'ivresse, les troubles du caractère, le délire de jalousie et la démence du vieux buveur. Le ramollissement cérébral donne régulièrement des syndromes en foyer ; il peut parfois singer dans ses moindres détails le tableau d'une néoformation intracrânienne ; qu'il soit unique et volumineux ou qu'il soit multiple et disséminé, il est peu d'exemple qu'il laisse le psychisme totalement intact. Les tumeurs cérébrales, quand elles ne sont pas muettes, revêtent avant tout une symptomatologie neurologique, faite de signes d'hypertension sinon de signes de localisation ; elles peuvent, encore que rarement, simuler en tous points une maladie psychiatrique déterminée : n'a-t-on pas vu, chez des périodiques ayant présenté antérieurement des accès de manié ou de mélancolie, la symptomatologie d'une tumeur se limiter à un accès exactement analogue ? Les exemples pourraient être multipliés de cette continuelle confusion des deux domaines. Laissera-t-on aux uns les seuls accès convulsifs de l'épilepsie, pour réserver aux autres les innombrables équivalents ? Fera-t-on traiter un choréique, un traumatisé du crâne par l'un ou l'autre, suivant que les accidents seront purement



organiques ou toucheront à la sphère psychique ? Nul ne peut échapper à cette situation et Babinski a fait œuvre de psychiatre autant que de neurologiste quand il a délimité le pithiatisme dans le fatras de l'hystérie.

Il est, d'autre part, des syndromes frontières : historiquement, des affections dont l'organicité et la localisation sont aujourd'hui prouvées ont été d'abord considérées comme psychogénétiques, parce que certains caprices évolutifs de leurs symptômes cadraient mal avec l'étroitesse de la liaison organo-clinique, telle qu'on la concevait alors. La maladie de Parkinson figure encore dans les traités de l'époque 1912 au livre des névroses et le torticolis spasmodique s'est longtemps appelé torticolis mental.

Aujourd'hui même, certains syndromes tiennent si étroitement à la fois à l'esprit et au corps qu'on ne saurait les attribuer uniquement à l'un ou l'autre domaine. L'aphasie a soulevé bien des tempêtes scientifiques ; elle en soulèvera encore ; mais si l'on discute sur la part exacte du déficit intellectuel dans l'anarthrie, il ne viendrait à personne l'idée de considérer celle-ci comme un syndrome moteur au même titre qu'une paralysie pyramidale ; et, si certaines formes d'aphasie dissociée de Head (telle l'aphasie sémantique) évoquent un trouble intellectuel presque pur, le fait qu'elles ne constituent guère qu'un reliquat d'aphasie de Wernicke souligne la part sensorielle qu'elles ont revêtue à un moment de leur histoire. Dans le domaine moteur, il est de même des syndromes qui ne constituent ni un trouble de l'exécution, ni un trouble intellectuel pur : la catatonie est un syndrome d'apparences volontaires ; elle est cependant liée à une atteinte cérébrale d'ordre principalement toxique ; la perturbation ne porte ni sur l'exécution motrice ni sur la volonté consciente du sujet ; mais elle réalise une véritable suspension de l'initiative psychomotrice, un véritable barrage entre la volition et l'exécution (Claude et Baruk). Narcolepsie et catalepsie, par lésions du cerveau moyen, établissent un passage peut-être plus subtil encore, entre ce qui est psychique et ce qui est moteur ; les phénomènes d'hallucinoïse pédonculaire (Lhermitte) participent au même groupe frontière. De l'astéréognosie par anesthésie à l'astéréognosie sémantique, la distance est vite franchie. Enfin, si les anomalies du modèle postural (membres fantômes, anosognosies) relèvent de lésions localisées au voisinage du sillon interpariétal droit, Van Bogaert n'hésite pas à relier au même complexe anatomique les phénomènes hallucinatoires de dédoublement somatique qui accompagnent certaines hémiplégies. Ainsi verrait-on, autour d'une fissure neurologique localisée aux sec-

teurs pariétaux, naître une réaction du type psychologique le plus pur.

Dans tous les domaines syndromiques, qu'il s'agisse de la parole, de la sensibilité, de la motricité ou du sommeil, nous voyons donc le neurologique et le psychiatrique s'intriquer au point de devenir indiscernables. Cette confusion symptomatique trouve une explication toute naturelle si l'on considère non seulement la pathologie, mais l'anatomie et la physiologie du cerveau.

## II. — La communauté anatomique

On peut concevoir diversement les rapports de l'esprit et du cerveau. Mais que l'on adopte une attitude mécaniste ou une attitude spiritualiste, un fait est hors de conteste : c'est le même tissu cérébral qui réalise les fonctions motrices ou sensorielles et qui sert de support organique aux fonctions psychiques. Or, les modes de réaction d'un tissu donné aux agressions pathologiques ne sont pas en nombre illimité. Dans la méningoencéphalite syphilitique, nous voyons des lésions parenchymateuses primitives à côté de lésions parenchymateuses d'origine vasculaire. Mais il serait bien aventuré de prétendre que la part neurologique des symptômes relève des secondes, et la part psychique des premières ! Toute question de localisation mise à part, nous ne savons pas, en face d'images histopathologiques du cerveau, distinguer ce qui donne des troubles moteurs ou sensitifs, de ce qui correspond à des troubles de l'esprit. Dans les deux cas, le même tissu est en cause ; il est probable que sa réaction est la même.

Nous constatons, certes, des différences d'un groupe d'affections à l'autre. Nous savons qu'au caractère grossier, massif, des lésions dans les maladies neurologiques s'oppose leur ténuité — allant jusqu'à l'absence apparente — dans les maladies psychiques pures : et cette disproportion entre les symptômes et la lésion semble bien être ce qui sépare le plus neurologie et psychiatrie. Mais nous allons voir que la physiologie ne corrobore pas cette différenciation anatomique.

## III. — La communauté physiopathologique

Cet écart organo-clinique est en effet incompréhensible pour quiconque en est demeuré aux conceptions statiques de la neurologie : suivant celles-ci, toute lésion détruit du tissu nerveux ;

elle supprime la fonction attachée à la région blessée ; elle ne fait que cela. Comment concevoir dès lors que des troubles mentaux aussi solennels que ceux d'une démence précoce se voient chez des sujets dont le cerveau apparaît anatomiquement intact, ou presque. A considérer ainsi la neurologie, la psychiatrie lui devient totalement irréductible.

Tout change si l'on considère que les symptômes traduisent non la lésion elle-même, mais la réaction de l'individu à la lésion. En pathologie nerveuse, les symptômes varient relativement peu d'un malade à l'autre, parce que les fonctions de sensibilité ou de motricité, étroitement liées à des structures anatomiques définies, sont à peu près identiques d'un sujet à l'autre. En pathologie mentale, au contraire, la richesse symptomatique est extrême, parce que nulle part il n'y a autant de variété que dans la personnalité psychique et dans ses réactions.

L'œuvre tout entière de Jackson est imprégnée de cet esprit hippocratique. Les « principes » que son intuition a tirés de l'observation d'aliénés ont été d'abord vérifiés en neurologie clinique (les compressions de la moelle, l'encéphalite) et surtout expérimentale (les sections étagées du névraxe). L'étude des dissolutions expérimentales du psychisme par la cure de Sakel vient aujourd'hui leur donner une confirmation psychiatrique éclatante : neurologie et psychiatrie répondent aux mêmes lois physiopathologiques. Quelques exemples vont le montrer.

1° LE PRINCIPE D'ÉVOLUTION. — Chaque fois qu'une fonction nouvelle arrive à maturité, elle ne se contente pas d'exister par elle-même. Elle coiffe les fonctions préexistantes, elle se superpose à elles, elle se les subordonne : au stade fœtal initial, le réflexe cutané plantaire est un réflexe médullaire, en flexion lente ; à la fin de la vie utérine, le développement du tronc cérébral crée un nouvel arc dont la réaction va dominer la réaction médullaire : le réflexe se fait en extension. Au 5° ou 6° mois, l'enfant myélinise sa voie pyramidale : le contrôle cortical s'établissant va, de nouveau, inverser le réflexe qui se fera en flexion rapide. Pareillement voyons-nous la personnalité psychologique se développer peu à peu, chaque enrichissement nouveau refoulant dans l'inconscient une part de la personnalité antérieure (ce que les psychanalystes ont traduit par leur thèse de la liquidation des complexes).

2° LE PRINCIPE DE DISSOLUTION. — Toute atteinte pathologique du système nerveux central va provoquer la dissolution de l'édi-

fice, le ramener à un niveau de développement inférieur (niveau qui d'ailleurs ne reproduit pas exactement un stade archaïque de l'évolution individuelle).

Certes, la dissolution diffère dans le domaine neurologique et dans le domaine psychiatrique. Elle est localisée en neurologie : toute lésion pyramidale levant le contrôle pyramidal ramène le réflexe cutané plantaire à son stade mésencéphalique en extension : il faut une section physiologique de la moelle pour le ramener à son stade initial en flexion lente. La dissolution est au contraire uniforme en psychiatrie : elle porte sur la totalité du psychisme, et non sur telle ou telle fonction isolée, encore moins sur tel ou tel appareil délimité.

La maladie peut ainsi ramener le psychisme à des niveaux plus ou moins bas de son développement, suivant que l'atteinte lésionnelle est plus ou moins profonde. Mais, dans les deux cas, neurologique et psychiatrique, le mécanisme de la dissolution est le même, du complexe au simple, du plus volontaire au plus automatique, du plus libre au plus rigidement organisé. L'association chez un même malade le prouve, d'une dissolution uniforme et de dissolutions localisées : démence et hémiplégie chez un paralytique général.

De ces deux principes, évolution et dissolution, le coma insulinaire nous donne la preuve expérimentale, puisqu'il réalise successivement la dissolution et la reconstruction du psychisme. S'il est assez rare de voir le réveil reproduire en sens inverse toutes les phases de l'endormissement, du moins, dans le réveil assez lent qui suit le resucrage par la sonde, voit-on se succéder une reprise fragmentaire de contacts avec le réel ; une rêvasserie oniroïde ; un état d'expansion euphorique analogue à celui de l'ivresse. Parallèlement, le langage passe par toute une série d'étapes reproduisant son évolution, du balbuticement du nouveau-né au langage organisé en passant par l'agrammatisme. Quand le malade amélioré apparaît normal en dehors du coma, il n'est pas rare qu'au cours du réveil il présente une phase de réactivation de sa psychose, comme si celle-ci constituait une étape de son évolution passée et qu'il la retrouve un moment dans l'ascension vers le psychisme vigile.

Il convient de souligner que *cette phase de reconstruction psychique* (dont Delmas-Marsalet a souligné récemment encore l'importance doctrinale) *est précédée d'une phase de reconstruction neurologique* : dans le coma très profond, les réflexes tendineux sont abolis et le cutané plantaire en flexion fœtale ; dans le coma franc les réflexes reparaissent puis s'exagèrent et le cutané plan-

taire se fait en extension ; au début du réveil les réflexes tendineux sont vifs et le cutané plantaire reprend sa flexion normale. *Qu'un même mécanisme assure successivement la reconstruction de l'édifice neurologique et celle de l'édifice psychique montre bien l'identité des mécanismes physiopathologiques dans les deux domaines.*

3° LES DEUX SÉRIES DE SYMPTÔMES. — De ce qui précède, on conçoit facilement que toute atteinte du système nerveux central se traduise par deux ordres de symptômes : la dissolution de la fonction blessée provoque les signes de déficit ; la levée du contrôle que cette fonction exerçait sur les fonctions hiérarchiquement inférieures provoque les signes de libération : la lésion pyramidale supprime la motilité volontaire ; mais elle exalte les réflexes tendineux et inverse le cutané plantaire. L'anarthrie supprime la possibilité de parler ; mais quand il se réédue, l'anarthrique remplace les phonèmes qu'il ne peut prononcer par ceux, plus faciles, du jeune enfant (Alajouanine, Ombrédanne et Mlle Durand). La paralysie générale diminue globalement les facultés intellectuelles, mais la pensée appauvrie se libère en délire, et l'instinct se déchaîne en obscénités. Ici encore syndromes neurologiques et syndromes psychiatriques se comportent de la même manière. Il y a bien entre eux une différence : c'est que l'importance respective des signes de libération et des signes de déficit n'est pas la même dans les deux séries. Beaucoup de maladies mentales réalisent une dissolution peu profonde du psychisme. Les signes déficitaires y sont peu marqués ; ils peuvent passer inaperçus. C'est le cas, par exemple, des états obsessionnels au point que certaines écoles (telle l'école freudienne) ont nié qu'il y ait, dans ces états, le moindre déficit capacitaire. La réaction du psychisme restant y est d'autre part énorme. D'où une efflorescence de symptômes de libération, dont le choix dépend de la seule personnalité du malade, et auxquels leur caractère essentiellement individuel enlève toute valeur nosologique. Au contraire, la grossièreté des lésions dans les syndromes neurologiques fait que les signes de déficit y sont toujours patents, riches d'indications localisatrices précises. Seulement, sans même aller jusqu'aux affaiblissements psychiques évidents, aux démences, il n'est pas de maladie mentale, si légère soit-elle, où l'on ne constate, en cherchant bien, un déficit capacitaire : quand ce ne serait que l'incapacité de conduire sa pensée à sa guise, d'en empêcher les vagabondages. A l'inverse, il n'est pas de syndrome neurologique central qui ne libère une activité



quelconque à côté de ce qu'il détruit. La différence n'est donc que quantitative. L'identité qualitative reste absolue.

#### IV. — La communauté dans les disciplines

On ne sera pas surpris que cette identité physiopathologique conduise à une communauté de méthodes. Certes rien n'apparaissait plus incompatible que l'esprit de l'école psychanalytique et celui de l'école anatomo-clinique. Mais depuis deux décades les conceptions jacksoniennes s'imposent peu à peu des deux côtés de la barrière. Les deux disciplines s'en trouvent rapprochées. Le neurologiste ne borne plus son ambition à inférer, des signes de déficit, une localisation précise. Plus physiologiquement, il cherche la réaction de ce qui reste, avec l'espoir, peut-être, d'apprendre à diriger cette réaction. Le psychiatre cesse de collectionner les symptômes, efflorescence de la personnalité libérée, pour distinguer sous leur masque le déficit capacitaire qui traduit la lésion ; de l'avoir plus précocement connue, il la traitera plus tôt, plus efficacement.

Ainsi, une meilleure appréciation de ce qui, parmi les symptômes, relève de la maladie et de ce qui est dû au malade, conduit dans les deux disciplines à une recherche étiologique et à une décision thérapeutique plus précoces et plus sûres.

L'évolution thérapeutique vient achever ce rapprochement. Il y a trente ans, le neurologiste s'estimait satisfait lorsque l'autopsie vérifiait sa localisation ; le psychiatre, après une savante étude clinique, ne pouvait guère opposer à la maladie que son autorité psychothérapique. L'impuissance leur était commune, et bien souvent l'attitude contemplative.

La série de découvertes qui, de la malariathérapie à l'électrochoc, ont révolutionné le pronostic des maladies mentales ne peut pas ne pas changer l'esprit du psychiatre. Celui-ci doit savoir oser, risquer ; on n'a plus le droit de s'attarder outre mesure à la dissection psychologique lorsqu'on peut, par une cure de Sakel, sauver une intelligence qui sombre, et lorsque la décision doit être prompte pour être efficace. L'esprit du psychiatre « dans le mouvement » rejoint ainsi l'esprit du chirurgien. Fait-il autre chose, le neurologiste qui apprend à ne pas attendre la stase papillaire pour confier une tumeur au neurochirurgien ? ou qui, par des encéphalographies successives, tente de modifier le régime de l'hydraulique cérébrale d'un comitial ? ou

qui, devant une paralysie faciale de la veille, déclenche, en anesthésiant le stellaire, la réaction végétative salvatrice ?

\*  
\*\*

Ainsi, après la clinique, l'anatomie et la physiologie concourent-elles à unir neurologie et psychiatrie. Les tendances thérapeutiques nouvelles aboutissent pareillement à rapprocher neurologistes et psychiatres. L'esprit différent des deux disciplines disparaît et avec lui ce qui s'opposait à l'exercice des deux spécialités par le même médecin. Sans doute, les prochaines années verront-elles se généraliser le type du neuro-psychiatre, capable aussi bien de faire lui-même les trous du trépan d'une ventriculographie que de reconnaître tôt la dissociation derrière les troubles du caractère, et de choisir à bon escient entre une cure convulsivante ou une cure de Sakel.

*Nice, 12 novembre 1942.*

---

# PSYCHIATRIE ET SYMPATHOLOGIE

PAR

M. LAIGNEL-LAVASTINE

A l'occasion du centenaire des *Annales médico-psychologiques* esquisser l'histoire des relations de la sympathologie et de la psychiatrie est une entreprise difficile. Dans une première partie, après avoir défini mon objet, je poserai les termes du problème d'après mes premiers essais. Dans une deuxième partie je donnerai mon opinion d'après l'état actuel de la question. Dans une troisième partie j'indiquerai comment, du catalogue énorme des coïncidences sympatho-psychiques, peut être dégagé un essai de hiérarchie causale dans chaque cas particulier.

## I

Quand parurent en 1903 mes *Recherches sur le plexus solaire* (1) on ne connaissait guère en psychiatrie sur le sympathique que le mémoire de Morel sur le délire émotif paru dans ces *Annales*. C'est d'ailleurs un travail purement clinique et le rôle du sympathique n'y est émis qu'à titre hypothétique. Dans ma thèse j'apportais 21 observations histologiques du plexus solaire recueillies chez des malades morts de *delirium tremens*, tétanos avec convulsions, urémie saturnine, confusion mentale avec ou sans polynévrite, paralysie générale, démence précoce et démence sénile. De nouveaux cas étudiés dans les services du Professeur Gilbert Ballet, à Saint-Antoine, l'Hôtel-Dieu et Sainte-Anne, et d'Auguste Vigouroux, à l'Asile de Vaucluse, me permirent un premier essai d'anatomie pathologique du sympathique dans les affections mentales.

Dans un article du *Traité international de Psychologie patho-*

(1) In-8° de 420 p., Masson édit., 1903.

*logique* (1) j'ai indiqué mes idées directrices, ma méthode et les résultats obtenus.

Substratum de la régulation nerveuse de la nutrition et conducteur de la cénesthésie, le sympathique, par ses lésions, peut agir sur l'encéphale en modifiant son irrigation sanguine, en l'intoxiquant par un vice humoral dû aux troubles des glandes sous sa dépendance ou en perturbant directement les renseignements de la sensibilité viscérale.

Quel que soit le mécanisme des relations sympatho-psychiques (vasculaire, humoral, toxique ou hormonal, ou cénesthésique), l'examen *post-mortem* doit porter sur les nerfs et ganglions, chaînes cervicale, thoracique, lombaire, nerfs splanchniques traités par les méthodes acide-osmique-picro-carmin, Pal, Weiss, Cajal, et ganglions cervicaux, de la chaîne thoraco-lombaire, solaires, mésentériques, traités par les méthodes de Marchi, Pal, Nissl et Cajal.

Dans ces conditions chez les *délirants*, j'ai trouvé des faits intéressants. Chez un mélancolique anxieux avec sitiophobie et hypocondrie, j'ai montré avec A. Vigouroux à la Société anatomique, le 19 juillet 1907, les ganglions solaires profondément sclérosés et enflammés. A la même Société avec Vigouroux, le 18 octobre 1907, j'ai montré une sclérose énorme des ganglions semi-lunaires chez une femme atteinte de débilité mentale compliquée de mélancolie avec idées hypocondriaques et de suicide. Elle se plaignait constamment de l'estomac, pendant des années poussait des gémissements et ses préoccupations sur sa santé l'empêchaient de travailler. Chez plusieurs infectés atteints de *délire onirique*, j'ai vu des lésions du sympathique. Il s'agissait de typhoïdiques dont les ganglions solaires présentaient de l'inflammation interstitielle diapédétique subaiguë. Cette réaction dépend de l'infection éberthienne et, comme le délire, a été un co-effet d'une même cause.

Dans les *délires fébriles*, les lésions du sympathique répondent aux divers types que j'ai décrits sous le nom de « sympathique infectieux » (2), lésions dégénératives dans les formes suraiguës, lésions à prédominance diapédétique dans les formes subaiguës, lésions à tendance à l'organisation fibreuse dans les formes chroniques.

Dans la *confusion mentale* les lésions du sympathique sont

(1) *Traité international de Psychologie pathologique*. T. I : Psychopathologie générale. Alcan, 1910, p. 682-708.

(2) LAIGNEL-LAVASTINE. — Le sympathique dans l'infection. *Revue de médecine*, 1905, p. 389-399.

variables. Dans la confusion mentale aiguë, il faut distinguer selon qu'il y a eu ou non polynévrite. Dans la *confusion mentale sans polynévrite*, généralement par insuffisance hépatique, le sympathique manifeste anatomiquement l'auto-intoxication au même titre que les cellules nerveuses du cortex. On y voit donc sans lésions des tissus de soutien des lésions dégénératives de quelques cellules nerveuses : chromatolyse centrale ou périphérique, déformation globuleuse, migration périphérique du noyau, achromatose partielle ou totale et figures de neurophagie à côté de cellules normales.

Dans le *syndrome de Korsakoff*, les ganglions et les nerfs sympathiques sont touchés au même titre que les nerfs cérébro-spinaux.

Dans un cas de polynévrite alcoolique avec ictère grave et confusion mentale (obs. LVII de ma thèse), les ganglions semi-lunaires, dont le tissu conjonctivo-vasculaire est normal, ont leurs cellules nerveuses altérées ; elles ont conservé leur forme, mais ont l'aspect laqué ; leur protoplasma est uniformément coloré du fait de la pulvérisation des graines chromatophiles ; le noyau, à limites diffuses, est surcoloré à ce point qu'il est souvent la partie la plus colorée de la cellule. Les grands splanchniques ont un certain nombre de fibres à myélines dégénérées.

Dans un autre cas (polynévrite avec confusion mentale chez une tuberculeuse chronique, obs. LVIII de ma thèse), les ganglions semi-lunaires, dont le tissu conjonctivo-vasculaire est normal ainsi que les capsules endothéliales, ont leurs cellules nerveuses soit de forme normale avec chromatolyse centrale et coloration légère du noyau, soit de forme globuleuse avec chromatolyse, karyolyse et nucléole périphérique. Les grands splanchniques, quoique présentant des altérations moins intenses que le médian et le sciatique, ont des signes certains de névrite.

J'ai étudié le sympathique de très nombreux déments. Dans la *paralysie générale*, le sympathique participe à la réaction de tout le système nerveux à l'infection par le tréponème de Schaudinn. On y trouve donc les trois ordres de lésions classiques : inflammation subaiguë et chronique tendant vers la sclérose conjonctive et névroglique, infiltration à prédominance lymphocytaire des éléments vasculaires (péri-artérite et artérite), dégénérescence et nécrobiose des cellules nerveuses et leurs prolongements. Sans insister sur ces faits aujourd'hui bien connus, je rappelle seulement le cas d'un jeune malade atteint de paralysie générale où des hallucinations de la cénesthésie abdominale coïncidèrent avec une diarrhée dysentérique et une broncho-



pneumonie tuberculeuse. Les ganglions semi-lunaires, dont les vaisseaux étaient dilatés et l'enveloppe fibreuse épaissie, avaient des nodules infectieux nombreux, des capsules endothéliales envahies par des cellules rondes, et des cellules nerveuses, les unes normales et les autres en chromatolyse légère. Quant aux fibres nerveuses du sympathique, elles sont en général normales. Quand on trouve, dans les grands splanchniques par exemple, diminution du nombre des petites fibres à myéline, tombant de 4 à 5.000 à 1.700, on peut affirmer qu'il s'agit d'une association tabéto-paralytique. Ainsi, dans les plexus sympathiques des tabéto-paralytiques on trouve la raréfaction des fibres nerveuses du tabès et l'inflammation interstitielle de la paralysie générale. En résumé, dans le sympathique des malades atteints de paralysie générale, les lésions interstitielles tendent vers la sclérose adulte ; elles s'en rapprochent d'autant plus que le malade est plus âgé et que la maladie a eu une évolution plus longue.

Dans la *démence épileptique* Spratling et Roswel Park (1) ont noté l'inflammation interstitielle des ganglions cervicaux.

Dans les *démences séniles* que j'ai étudiées, les ganglions sympathiques, gros et blancs, avaient leur enveloppe fibreuse et les travées conjonctives épaissies. Les vaisseaux dilatés avaient leurs tuniques épaissies et réfringentes. Il n'y avait pas de petites cellules rondes autour des vaisseaux. Les capsules endothéliales étaient normales. Les cellules nerveuses, de volume normal et remplissant bien leurs capsules, étaient pigmentées.

Chez les *déments précoces*, j'ai en général trouvé les ganglions sympathiques avec une enveloppe fibreuse épaissie et envahie de noyaux, de même que les travées conjonctives. Les vaisseaux dilatés avaient leurs parois épaissies, entourées de petites cellules rondes ; d'abondantes hématies étaient épanchées entre les capsules endothéliales des cellules nerveuses. Celles-ci, rares, pâles, pigmentées, à noyau souvent périphérique, avaient des granulations chromatiques persistantes, mais poussiéreuses.

Voilà, en bref, quelques documents morphologiques relatifs aux lésions du sympathique dans les psychoses. Mais chercher à dégager un élément sympathique dans les psychoses ne consiste pas seulement dans l'étude des documents morphologiques. Il faut encore analyser tous les documents fournis par les méthodes physiologiques. C'est ce que j'ai développé dans ma *Pathologie du Sympathique* (2).

(1) SPRATLING et ROSWELL PARK. — *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1905, n° 4, p. 217.

(2) LAIGNEL-LAVASTINE. — *Pathologie du sympathique. Essai d'anatomio-physio-pathologie clinique*. Alcan, 1924, 1.080 p.

Je rappelle d'abord que j'entends par sympathique l'ensemble du système nerveux régulateur des fonctions de nutrition et de reproduction et j'ai créé le terme de *Sympathologie* (1) pour faire saisir qu'il s'agit d'un département capital de la neurologie, celle-ci comprenant essentiellement la neurologie sensorio-motrice et la neurologie végétative ou sympathologie.

« L'intérêt de la pathologie du sympathique est d'être une pathologie de frontière. Il est, en clinique, des domaines bien limités, creusés chaque jour davantage par des méthodes réglées, tels par exemple les domaines de la splanchnologie digestive, respiratoire ou cardiaque, de la neurologie et de la psychiatrie. Mais à côté des malades, où domine telle affection cardiaque, nerveuse ou mentale, et étiquetés dans l'argot médical « cardiaques », « nerveux » ou « mentaux », il y a de multiples sujets, dont la physionomie clinique, à la fois atténuée et complexe, est ramenée à un schéma de prédominance variable selon l'orientation doctrinale de l'observateur, et le même individu, souffrant du cœur par intervalles, hypertendu, asthénique et préoccupé de son état, pourra s'entendre diagnostiqué successivement artérioscléreux avec angine de poitrine, neurasthénique, hypertendu ou phobique hypocondriaque.

« C'est pourquoi il est nécessaire de ne pas avoir qu'une méthode unilatérale, ce que tout le monde admet en théorie, sinon applique en pratique. De plus, en examinant systématiquement les malades dits « de médecine générale » en neurologiste et en psychiatre, et vice-versa les « nerveux » et les « mentaux » en clinicien général, on recueille une moisson extrêmement riche de troubles passés souvent inaperçus et qui constitue toute une clinique de frontière, c'est-à-dire étudiée sur les confins des diverses méthodes appliquées.

« On verra le rôle considérable du sympathique dans cette clinique de frontière. C'est que ses symptômes sont à cheval sur la splanchnoscopie générale, la neuroscopie et la psychoscopie comme ses fonctions forment le trait-d'union entre les deux vieilles entités du « corps » et de « l'âme ». Par la cénesthésie et la régulation humorale, le sympathique constitue le fondement affectif de la vie psychique et celle-ci retentit sur les fonctions organiques par l'intermédiaire du sympathique (2). »

(1) LAIGNEL-LAVASTINE. — *Conférences de sympathologie clinique*, 1<sup>re</sup> série, 1926-1927, Maloine, 1929.

(2) LAIGNEL-LAVASTINE. — *Titres scientifiques*. Supplément. Maloine, 1931, p. 55.

Ainsi neurologie sensori-motrice et sympathologie retentissent l'une sur l'autre, les sensations et les mouvements entraînant des réflexes sympathiques d'accompagnement et des troubles sympathiques modifiant le tonus musculo-psychique de l'individu.

L'intérêt de mon livre a été de démontrer le rapport d'entités cliniques déjà individualisées ou que j'ai appelées *syndromes sympathiques* avec les troubles du sympathique établis par l'anatomie pathologique ou par l'expérimentation. Après avoir exposé l'anatomie normale et pathologique du sympathique, j'en ai étudié l'anatomie fonctionnelle sur les traces de mon maître François Franck, les fonctions sympathiques en général et leurs perturbations et les syndromes sympathiques expérimentaux, dont j'ai réalisé plusieurs avec Hallion. « Ces corrélations si étroites, que j'ai mises en évidence (1), de l'équilibre sympathique et de l'équilibre humoral et tissulaire, chimique et colloïdal, indiquent de quelle intimité de l'être humain sont l'expression les modifications du sympathique. C'est dire qu'il n'y a pas, pour ainsi dire, d'acte de l'organisme humain où le sympathique n'ait sa part. »

De là découle ma méthode clinique ; tel syndrome donné, quel qu'il soit, circulatoire, digestif, génital, nerveux ou mental, a-t-il un facteur sympathique ? Et dans l'analyse de 132 syndromes j'ai procédé au dégagement d'un facteur sympathique fourni par la méthode physiologique ou la morphologie.

J'ai ainsi étudié les *syndromes sympathiques cérébraux*. J'avais insisté déjà (2) sur l'influence considérable des perturbations du sympathique sur le cerveau. Je crois avoir montré (3) que « le sympathique agit sur le psychisme par trois voies : 1° la voie physiologique par l'intermédiaire des vaso-moteurs et des modifications sécrétoires ; 2° la voie affective par l'intermédiaire de perturbations cénesthésiques ; 3° la voie intellectuelle enfin, psychologique pure par l'intermédiaire des réflexions que le malade fait sur les troubles sympathiques qu'il ressent. Par ces mécanismes variés, des syndromes cérébraux tels que certaines migraines, épilepsies, vertiges, euphories, mélancolies, hypochondries, angoisses et anxiétés, me paraissent intimement liés à

(1) LAIGNEL-LAVASTINE. — *Pathologie du Sympathique*. Alcan, 1924, p. 400.

(2) LAIGNEL-LAVASTINE. — Le plexus solaire, 1903. *Journal de Psychologie normale et pathologique*, 1907, nos 3 et 4, p. 216-221 et 312-329 ; *Pathologie du Sympathique*, 2<sup>e</sup> partie.

(3) LAIGNEL-LAVASTINE. — *Pathologie du Sympathique*, 3<sup>e</sup> partie. Les syndromes cliniques. Syndromes sympathiques cérébraux, p. 582.

la pathologie sympathique. » Ce texte de 1924 peut toujours servir pour analyser méthodiquement les syndromes psycho-sympathiques et déterminer la subordination de leurs éléments.

Après la méthode d'observation clinique, la thérapeutique, qui est une méthode clinique expérimentale, m'a fourni des données très utiles. J'en rappelle mon point de départ : ce que j'ai appelé les huit règles de synthèse pharmacologique. Pour éclairer le déterminisme des subordinations des symptômes catalogués par la méthode concentrique on peut se servir des huit règles suivantes, dont j'ai montré la valeur dans la synthèse pharmacologique de ma *Pathologie du Sympathique*. Ce sont les règles des doses, de l'amphotropisme, de l'état antérieur, de l'activité locale réactionnelle, de la balance, du battant de porte, de la diasthésis et de la libération de la fonction. Un mot sur chacune d'elles pour me faire comprendre.

La *règle des doses* est universelle en biologie. Ainsi Daniélopolu et Carniol (1) ont montré, pour l'appareil cardio-vasculaire, que de très petites doses d'adrénaline, injectées dans la veine chez l'homme, n'excitaient pas le grand sympathique, mais seulement le vague.

La *règle de l'amphotropisme* dérive de la précédente. Ainsi l'adrénaline est amphotrope à prédominance ortho-sympathique, l'ésérine amphotrope à prédominance vagale. L'action d'une substance amphotrope dépend de l'état dans lequel se trouve l'excitabilité de chaque nerf relativement antagoniste.

On comprend donc la *règle de l'état antérieur*, qui rend compte des effets réversifs des drogues ortho-sympatho et parasympathomimétiques mises en évidence par Langley (2), en résumant les observations de Pearce, Burridge, Kohn et Piek, Snyder et Campbell, Kato et Watanabe, Elliot. Cette influence de l'état antérieur sur le sens des réactions végétatives des drogues, dites trop schématiquement vagotropes ou sympathotropes, ressort encore des expériences de Gautrelet et Garibaldi (3), qui ont vu un ralentissement très marqué du rythme cardiaque par injections d'adrénaline chez des animaux pilocarpinés antérieurement. La plupart des poisons sont, en effet, amphotropes. Les propriétés des excitants sont des variables qui n'ont de valeur qu'en fonction de l'état antérieur de la région excitée.

La règle de l'état antérieur explique la règle de l'*activité locale*

(1) DANIELOPOLU et CARNIOL. — *Ann. de méd.*, 1922, p. 1203.

(2) LANGLEY. — *Autonomic nervous system*, I, p. 38.

(3) GAUTRELET et GARIBALDI. — *Soc. biol.*, 7 juillet 1923, p. 392.

*réactionnelle*. Dans leurs recherches sur le tonus des muscles volontaires, Danielopolu et ses collaborateurs (1) ont vu que la manière de *réagir des muscles volontaires contracturés aux différentes substances employées* (adrénaline, pilocarpine, éserine, atropine) est indépendante de l'action de ces substances sur les autres organes. Chaque organe réagit à ces substances d'une manière différente selon l'état d'excitabilité de ses nerfs végétatifs. Ainsi l'atropine qui, dans le cas de Danielopolu, paralysait complètement le pneumogastrique au niveau du cœur, dont les nerfs végétatifs étaient normaux, excitait en même temps le parasympathique des muscles contracturés et augmentait leur hypertonie.

La *règle de la balance*, qui est à la base du système d'Eppinger et Hess de l'effet antagoniste complet des substances agissant sur le grand sympathique et le vague, a été vulgarisée par Guillaume (2) qui écrit : « L'agent pharmacologique produira soit une hypertonie locale d'un des systèmes, soit une hypotonie du même et les effets croisés seront pour chacun des systèmes équivalents entre eux. » Or, malheureusement pour la théorie précédente, les seuils d'excitabilité des systèmes végétatifs fonctionnellement antagonistes ne se déplacent pas toujours en sens inverse, mais souvent au contraire s'élèvent ou s'abaissent en même temps. Aussi les faits thérapeutiques, confirmant les faits cliniques, répondent beaucoup plus souvent à la *règle du battant de porte* qu'à celle de la balance. Cette règle de battant de porte schématise cette règle générale, que j'ai formulée, que d'habitude chaque fois qu'il se produit une exagération dans l'excitabilité d'un des groupes végétatifs, l'autre aussi est plus ou moins excité. Le type III de mes schémas des relations des réflexes oculo-cardiaque et solaire exagérés dans le même sens et caractérisant l'*hyperolo-sympathie* est la preuve clinique de cette règle du battant de porte.

La *diachisis de von Monakow* consiste dans l'inhibition diffuse qui accompagne immédiatement une lésion localisée. Ce principe de la diachisis doit être appliqué à l'action immédiate des drogues sur le système nerveux. On s'explique ainsi que souvent dans l'administration d'une drogue, la première phase de l'effet soit de signe contraire à la suivante. Ce fait est classique pour l'atropine qui, sur le cœur, détermine une première phase plus ou moins passagère d'hyperexcitabilité vagale. Il faut donc,

(1) DANIELOPOLU et CARNIOL. — *Ann. de méd.*, 1922, p. 1203.

(2) GUILLAUME (A.-C.). — *Le Sympathique*, 2<sup>e</sup> édit., p. 266.



dans l'analyse de l'action de chaque drogue, distinguer l'effet immédiat des effets consécutifs.

La dernière règle est celle de la *libération de la fonction*. Le principe de la libération de la fonction de Head est la même idée que j'ai exposée en 1922 sous le nom d'*évasion des automatismes* (1). « L'une et l'autre dérivent de l'intuition générale d'Hughlings Jackson qui a considéré les phénomènes pathologiques consécutifs à une lésion du système nerveux non comme un phénomène d'irritation, mais comme la condition négative à la faveur de laquelle les activités fonctionnelles des centres inférieurs peuvent se manifester. Sherrington avait ajouté aux vues de Jackson le concept d'intégration emprunté à Herbert Spence et d'après lequel l'évolution de la fonction se caractérise par une élaboration centrale de plus en plus sélectionnée. Dès lors, on saisit l'importance de l'idée de désintégration de la fonction de Head. Cette désintégration a pour conséquence la libération du contrôle de l'inhibition par les centres supérieurs. C'est ainsi que les phénomènes thalamiques seraient l'expression positive de la déficience corticale. De même les phénomènes sympathiques seraient l'expression positive de la déficience cérébrale. Il n'y aurait donc que réaction négative et positive selon les niveaux, la réaction négative du niveau supérieur entraînant la réaction positive du niveau inférieur. Et c'est ce que dans la vie végétative confirme le clinique. L'orthosympathique et le vague, qu'on oppose couramment dans un antagonisme quantitatif, ne sont pas du même niveau hiérarchique. Le parasympathique est plus intégré, spécialisé, localisé que l'ortho-sympathique », mis à part le grand splanchnique qui a une situation hiérarchique intermédiaire.

« Or, toute fonction végétative ayant des facteurs dans les divers étages fonctionnels hiérarchisés, corticaux, nucléaires, centraux, bulbaires, spinaux, ganglionnaires, on comprend la fréquence des syndromes vago-sympathiques d'excitation par insuffisance cérébrale et comment, parmi les *sympathoses diffuses*, la vagotonie d'Eppinger et Hess, qui répond à une réalité clinique, fut la première isolée ; mais on comprend aussi pourquoi l'esprit de système, qui a voulu par symétrie décrire une sympathicotonie inverse de la vagotonie, a arbitrairement découpé la clinique. » (2). Je n'ai rien à changer à ce texte de 1924 qui éclaire

(1) LAIGNEL-LAVASTINE. — Délire, croyance et jeu, leçon de Sainte-Anne, 12 fév. 1922, *Progrès médical*, 25 nov. 1922.

(2) LAIGNEL-LAVASTINE. — *Pathologie du Sympathique*. Alean, 1924, p. 816.

le mécanisme de la majorité des *psycho-sympathoses diffuses*. J'y ai seulement ajouté l'incidente relative au grand splanchnique pour mieux préciser ma pensée.

## II

Pour mettre quelque clarté dans l'état actuel des relations psycho-sympathiques, je donnerai quelques passages d'une leçon sur le *Sympathique dans les psychoses*, que j'ai faite à la Pitié le 10 mars 1935 dans mon cours annuel de *Sympathologie clinique*. Ne revenant pas sur les *critères anatomo-pathologiques*, que j'ai indiqués plus haut et qui n'ont qu'un intérêt de confirmation, je rappelle la valeur diagnostique des 10 *critères physiologiques* suivants, qui me fournissent des renseignements de la plus haute valeur mis à leur place par la méthode concentrique et ensuite employés pour déterminer les subordinations des divers facteurs morbides.

Ces 10 critères sympathologiques sont les suivants : le pouls avec tous ses modes d'enregistrement, la pression artérielle et la vibrance fonction de la tension, les types vago-sympathiques dérivant de la prise comparative des réflexes oculo-cardiaque et solaire, l'hippus physiologique avec son myosis plus rapide chez le vagotonique et sa mydriase plus intense et rapide chez l'hyperorthosympathique, les réflexes vasculaires périphériques enregistrés avec l'appareil de Boullitte, le réflexe de Danielopolu rendant compte par l'orthostatisme de l'excitation sous-jacente de l'orthosympathique après paralysie vagale par l'atropine, les épreuves chronaxiques telles que la chronaxie vestibulaire de Bourguignon, l'épreuve de l'hydrophilie tissulaire d'Aldrich et Mae Clure, l'épreuve stalagmométrique de Stern mesurant la tension superficielle du sang, l'étude du pH urinaire (1) montrant souvent l'alcalose liée à la vagotonie, enfin la thermométrie locale avec l'appareil de Seidmann qui donne des formules de variétés topographiques thermiques qui permettent des inductions sur les tempéraments (2).

Maintenant que nous avons passé en revue les critères morphologiques et physiologiques, envisageons très rapidement les

(1) LAIGNEL-LAVASTINE et CORNELIUS. — Le pH urinaire et le titrage des acides organiques de l'urine chez les anxieux et les déprimés. *Soc. de biol.*, 18 oct. 1924, p. 872.

(2) LAIGNEL-LAVASTINE. — La thermométrie locale dans le diagnostic des tempéraments. *Conférence à l'Ecole de médecine homéopathique*, 1938.

*facteurs sympathiques* dans un certain nombre de psychoses. Tout d'abord nous verrons les psychopathies organiques acquises ; nous passerons ensuite aux psychopathies organiques congénitales, aux psychoses systématisées, puis aux psychoses affectives.

*Psychopathies organiques acquises.* — Il est très souvent facile de dégager un facteur sympathique dans ces psychoses ; c'est ainsi que chez les paralytiques généraux c'est l'évidence même que de montrer l'influence chez ces malades de cette vaso-dilatation active qui est si remarquable. Une autre perturbation végétative très fréquente chez eux est le trouble de la température centrale : ou bien elle est augmentée, ou bien, dans la période cachectique elle est abaissée, et il n'est pas très rare de voir des paralytiques généraux qui ont 36° et même 35°. D'autre part, on connaît la difficulté des réactions thermiques à déclencher chez certains paralytiques généraux impaludés ; nous y sommes parvenus en injectant du dmelkos.

Chez les déments séniles on trouve fréquemment des asymétries sympathiques ; ils n'ont pas d'hémiplégie, mais une hémiparésie en rapport avec des lacunes de désintégration se caractérisant par une modification de la couleur de la main, un léger allongement de la tache blanche que j'ai décrite avec Hallion, une modification du réflexe pilo-moteur. Un autre trouble, que j'ai relevé avec Duhem, chez les déments séniles et qui s'éclaire aujourd'hui du fait de la connaissance du métabolisme calcique lié aux perturbations des parathyroïdes, c'est l'éosinophilie parathyroïdienne (1). C'est là un critère physiologique qui joue certainement un rôle dans la démence sénile, en raison de l'action du métabolisme calcique et des lipoides phosphorés (2) dans la pathogénie de cette affection.

Dans l'encéphalite épidémique le facteur sympathique est très facile à mettre en évidence dans un grand nombre de cas. J'ai été un des premiers à montrer la fréquence du syndrome vagotonique chez les encéphalitiques (3), en particulier dans ce syndrome encéphalitique qui s'oriente vers la maladie de Parkinson.

(1) LAIGNEL-LAVASTINE et P. DUHEM. — *Ann. de Méd.*, 1920, n° 6, p. 409-423.

(2) LAIGNEL-LAVASTINE et J. TINEL. — Deux formes de plaques dites séniles. *Soc. de Biol.*, 11 déc. 1920, p. 1548. Acides gras dans certaines plaques corticales de la D.S. *Soc. de biol.*, 12 nov. 1921.

(3) LAIGNEL-LAVASTINE. — Syndromes neuro-végétatif et parkinsonien chez un encéphalitique léthargique. *Rev. neur.*, 1921, n° 6, p. 641-644. Forme neuro-végétative de l'encéphalite épidémique. *Soc. méd. des hôp.*, 28 juillet 1921, p. 1132-1135.

Ceci est si vrai qu'on soulage les parkinsoniens en leur donnant des drogues de la série qui paralyse le vague : atropine, belladone, etc... Dans l'encéphalite épidémique l'hyperexcitabilité vagale s'accompagne souvent d'obésité (Livet) ; cette obésité est en rapport avec une lésion de la région sous-thalamique : l'encéphalite aime, peut-on dire, la région hypothalamique. On sait la fréquence des lésions tubériennes ou péricubériennes, c'est ce qui explique le syndrome adiposo-génital dans l'encéphalite épidémique, c'est aussi la raison de la fréquence des troubles du sommeil dans cette maladie. Mais à côté de ceux-ci il faut noter la schizophrénie. Cette tendance schizophrénique est caractérisée par une discordance particulière faisant évader les automatismes par un défaut de liaison originelle. On ne peut s'empêcher de penser qu'il est très possible qu'il y ait une lésion de la région sous-thalamique, centre de toutes les régulations des viscères, y compris l'encéphalique, comme l'a montré Camus. Il semble bien qu'on puisse ainsi comprendre de même les formes périodiques que j'ai décrites avec M. Largeau (1) quand j'étais à l'hôpital Laennec.

*Manifestations sympathiques chez les déments précoces.* — Ce qui caractérise la démence précoce c'est un séisme de la personnalité qui s'exprime par une discordance non seulement dans les manifestations psychiques, mais dans les végétatives, comme je l'ai montré avec G. d'Heucqueville pour le pH urinaire (2). Ce pH est concordant dans les psychoses périodiques et au contraire discordant chez les déments précoces.

Quand on pense à la démence précoce on voit des mains sueulentes, de l'acrocyanose et des modifications de la circulation périphérique. L'explication de ces troubles est double : il y a un facteur endocrinien et particulièrement génital : ces malades ont la main génitale de Maraño, violacée, visqueuse, froide. D'autre part, il y a une perturbation du système sympathique en rapport avec les lésions centrales : là encore on retrouve ces lésions des noyaux centraux, particulièrement de la couche optique et du lobus pallidus chez les déments précoces catatoniques (3).

(1) LAIGNEL-LAVASTINE et LARGEAU. — Encéphalite de longue durée à manifestations délirantes intermittentes. *Soc. Psych.*, 21 déc. 1922. *Journ. de Psychol.*, mars 1923, p. 259-265.

(2) LAIGNEL-LAVASTINE et G. d'HEUCQUEVILLE. — *Soc. méd.-psych.*, fév. 1931.

(3) LAIGNEL-LAVASTINE, TRÉTRAKOFF et JORGULESCO. — Plaques cyto-graisseuses, lésions du corps strié et altérations vasculaires dans trois cas de démence hébéphrénico-catatonique. *Soc. neurol.*, nov. 1921. *Encéphale*, mars 1922, p. 151-167, 11 fig.

Dans l'agénésie thyroïdienne et l'hypothyroïdie des myxœdémateux, il y a prédominance vagale coïncidant avec une bradypsychie et un allongement des chronaxies en rapport surtout avec une insuffisance corticale, liée à une richesse en fer extraordinaire.

*Le sympathique dans les psychoses systématisées.* — C'est surtout par sa partie sensitive que le sympathique apparaît dans ces psychoses comme substratum de la cénesthésie. Les modifications de la cénesthésie s'observent aussi dans la psychose interprétratrice comme la psychose hallucinatoire. Dans la psychose interprétratrice, du fait qu'il y a abaissement du seuil de la cénesthésie les sujets présentent une sensibilité météorique remarquable et il y a chez eux une série de modifications viscérales qui, chez l'individu normal, restent dans l'inconscient, alors que les interprétateurs expliquent ces appels directs de leur cénesthésie en émoi selon leur formation intellectuelle et en donnent un schéma plus ou moins valable. C'est ainsi que j'ai soigné, pendant de longues années, une étudiante en médecine qui avait une hypercénesthésie à caractère paranoïaque interpréteur et qui donnait des schémas relatifs aux modifications de son estomac et de son intestin selon les médicaments qu'elle prenait ; elle avait remarqué, par exemple, que, quand elle prenait deux gouttes de liqueur de Fowler diluée dans un ou deux litres d'eau dont elle prenait une cuiller à café, son estomac prenait la forme d'une cornemuse extraordinaire et elle en dessinait des schémas abondants pour appuyer ses dires.

J'ai soigné aussi une grosse obèse à syndrome vagotonique avec psychose interprétratrice ; cette obèse se croyait possédée par des vers qui passaient leur temps à se promener dans son corps. Ils se réunissaient particulièrement dans son estomac dans les moments qui précèdent l'heure habituelle des repas. Il était alors nécessaire qu'elle se nourrisse pour les contenter. Elle a remarqué, sur mon conseil, que lorsqu'elle leur donnait du beurre ou simplement de la belladone ou de l'atropine les vers aussitôt étaient enchantés. Ainsi c'est par l'intermédiaire de sa cénesthésie qu'on arrivait à améliorer cette malade.

A côté des délires de zoopathie interne on peut observer des délires qui aboutissent à des *revendications opératoires*. C'était le cas d'une autre malade qui avait une exagération de la sensibilité de son pharynx (1). La cénesthésie pharyngée n'est pas

(1) LAIGNEL-LAVASTINE. — L'hypocondrie des vagotoniques hérédo-syphilitiques. *Semaine des Hôpitaux*, 15 mars 1929, p. 140-151.



rare et est liée à une hyper-excitabilité vagale. Cette cénestopathe pharyngée avait un ensemble qu'il faut toujours rechercher chez les obsédés : c'est le tempérament vagotonique si fréquemment lié à des caractères récessifs et à l'hérédosyphilis.

Dans les psychoses systématisées *hallucinatoires* il faut distinguer selon que la perturbation du sympathique se manifeste dans la forme sensorielle ou la forme psychomotrice. Dans la forme sensorielle, ces manifestations sympathiques sont généralement à la base de ce qu'on appelle les hallucinations de la sensibilité générale. On a beaucoup discuté sur leur explication : dans certains cas, il semble que ce soit plutôt des interprétations de perturbations cénesthésiques coïncidant avec des hallucinations verbales ; mais dans d'autres cas aussi, comme le suppose Georges Dumas, ce peut être la simple expression viscérale d'une perturbation cérébrale. Dans les psychoses hallucinatoires psychomotrices on peut également admettre deux variétés d'explication : ce délire de possession est quelquefois accompagné de manifestations d'ordre sympathique aboutissant même au délire métabolique.

*Sympathique et psychoses affectives.* — Je préfère cette appellation à celle d'intermittentes, car intermittent c'est beaucoup plus général et ce qui intéresse c'est le ton affectif lié à des modifications du système végétatif. Dans ces psychoses affectives il faut distinguer l'état de dépression et l'état d'excitation.

Dans les états de dépression on ne peut s'empêcher d'établir une comparaison des courbes de l'état psychique (dépression, tristesse, etc.) de l'état pondéral (amaigrissement) et de l'état humoral (tendance à l'alcalose). Ces courbes ont un léger décalage : la courbe pondérale précède dans sa chute la courbe psychique et inversement, en raison de l'inertie psychique, la courbe pondérale remonte avant la courbe psychique. En effet, ces psychoses affectives sont fonction de modifications profondes de tout le métabolisme de l'être.

Dans les états d'excitation, les phénomènes sont d'ordre inverse. Comment expliquer ces manifestations de la psychose affective ? Par des perturbations dans la régulation du système nerveux et particulièrement du sympathique, en grande partie en fonction de l'état des parathyroïdes et de la thyroïde.

La maladie de Basedow, par son rôle d'hyperthyroïdie, permet de se rendre compte du mécanisme endocrinien et en même temps sympathique des modifications psychiques qu'on observe chez ces malades. A titre d'exemple, voici une malade atteinte an-

térieurement d'un goitre avec exophtalmie. Son métabolisme était de 128. A la suite d'une première série de galvanisation comprenant 12 séances, M. Delherm constata une grande amélioration, le métabolisme étant tombé à 49,5. Une deuxième série fut pratiquée et le métabolisme descendit à 35. Aujourd'hui, et malgré son émotion, la malade a un pouls de 19 au quart. Les règles, qui avaient disparu, sont revenues normales. Il y eut amélioration parallèle très nette des modifications thyroïdiennes et de celles des yeux, car ceux-ci sont redevenus à peu près normaux en même temps que le goitre a disparu. Or, il y a quelquefois dissociation — laquelle a été bien établie par Marcel Labbé — entre le développement de la thyroïde et l'hyperorthosympathic, ce qui a suscité à Justin-Besançon l'idée d'agir directement sur l'exophtalmie en ayant recours à l'yohimbine. On ne peut mieux éclairer le rôle du sympathique dans les psychoses affectives qu'en montrant cette basedowienne avec modifications psychiques. Cette malade qui avait, dit-elle, un caractère extrêmement irritable, qui avait des colères terribles, est redevenue tout à fait calme.

Reste maintenant à donner une démonstration de l'utilité de la *méthode sympathologique*. Je vais en dire quelques mots en prenant comme exemple le rôle du sympathique dans l'*anxiété* (1). L'anxiété est un complexe psychosympathique dont il faut établir le diagnostic en profondeur. Il faut distinguer d'abord les anxieux par lésion organique : paralytiques généraux ; les mélancoliques présentant le syndrome dit de Cotard avec pigmentation noire des cellules du noyau dorsal du vague ; puis, à l'autre extrémité les inquiets purement psychogénétiques. Entre les deux se place l'anxiété physiogénétique en rapport avec des perturbations fonctionnelles dynamiques. Ces anxieux se divisent ainsi en trois catégories :

1° Les *petits anxieux vagotoniques* qui sont pâles, dont le pouls est lent, qui sont particulièrement anxieux le matin et qui présentent une vive sensibilité météorique. Leur anxiété suit la courbe du nycthémère ; c'est, en effet, dans les dernières heures de la nuit qu'ils sont le plus anxieux en même temps que leur pouls est ralenti ; ils sont généralement constipés, nauséux ; quand le soleil est au milieu de sa course tout va mieux, ils redeviennent anxieux seulement au courant de la nuit. Cette variété s'accompagne d'un pH alcalin. Une augmentation du degré d'hygrométrie détermine un accroissement de l'anxiété : j'ai en ce

(1) LAIGNEL-LAVASTINE. — Pathologie du Sympathique, 3<sup>e</sup> partie. *Semaine des Hôpitaux de Paris*.

moment un malade qui établit lui-même la courbe parallèle de son pH et le degré hygrométrique de l'air.

2° *L'anxiété obsessionnelle*, chose remarquable, est fonction d'un paroxysme vagal capable de disparaître quand le vague est en quelque sorte jugulé par l'hyperthermie. Celle-ci détermine une hyperexcitabilité de l'orthosympathique avec tachycardie et une augmentation de la température. Quand un anxieux obsessionnel est placé dans un appareil thermax et qu'on chauffe assez pour que sa température centrale monte à 39°5, son anxiété obsessionnelle a disparu ; cela dure deux ou trois jours et puis recommence. Mais ceci montre le rôle si important du système végétatif chez les anxieux obsessionnels.

3° Dans l'*anxiété mélancolique* avec tachycardie, l'individu est agité ; il a de l'hyperthyroïdie et de grosses perturbations parathyroïdiennes.

Ceci montre la nécessité de faire un diagnostic en profondeur pour arriver à des résultats intéressants en matière de psychiatrie. On voit ainsi l'intérêt de la sympathologie en matière de psychoses ; cette sympathologie s'insère entre le moral et le physique, comme on disait autrefois. Elle permet l'étude des manifestations psychiques en profondeur, et d'autre part, son utilité pratique pour les malades est très grande. Lorsqu'on leur dit qu'ils ont des « manifestations sympathiques », ils sont réhabilités aux yeux de leur entourage et à leurs propres yeux. Enfin, la sympathologie est utile pour le médecin, car elle lui ouvre une voie remarquable dans une thérapeutique souvent suivie de guérison.

### III

L'exemple de l'anxiété, que je viens de rappeler, montre l'utilité de la méthode sympathologique dans le diagnostic des psychopathies. Le dégagement d'un facteur sympathique dans les syndromes psychiques s'appuie sur les acquisitions précédentes. Les critères morphologiques et physiologiques d'une perturbation sympathique chez les psychopathes sont extrêmement nombreux. Il s'agit maintenant de ce catalogue énorme de coïncidences sympathico-psychiques de tirer un essai de hiérarchie causale. Pour déterminer ces subordinations, il est bon de penser un instant neurologiquement et anatomiquement.

Tinel, dans son beau volume sur le *Système nerveux végéta-*

tif (1), a non seulement donné une excellente description des centres végétatifs supérieurs, mais a montré, au point de vue psychique, la grande différence entre les centres diencéphaliques et les centres corticaux.

Les centres diencéphaliques, régulateurs de la pupille, de la tension sanguine, du cœur, de la respiration, des sueurs, de la température, du métabolisme de l'eau, des sucres et des graisses et du sommeil, ont surtout, par cette dernière régulation, un rôle dans la régulation des fonctions psychiques. L'encéphalite épidémique l'a bien mis en évidence. J'y ai insisté dans un travail d'ensemble (2). Avec Largeau, j'ai publié le premier cas où des accès de dépression récidivants étaient liés à une encéphalite (3). Les troubles du caractère dans les tumeurs du 3<sup>e</sup> ventricule comme dans les observations de Weisemburg, Schilder et Weissmann, Lhermitte avec Claude et Roussy sont en faveur d'une régulation diencéphalique des fonctions psychiques, comme l'avait émis le premier Jean Camus. L'hallucinoze pédonculaire de Lhermitte « rêve éveillé où coexistaient la perte du contrôle et l'exaltation des automatismes cérébraux, qui caractérisent le rêve, avec la conservation de l'activité psychique qui est le propre de l'état de veille », plaide dans le même sens. C'est aussi l'idée de Dide et Guiraud à propos des syndromes hébéphrénocatatoniques. Et aussi de Wilder Penfield dans sa description d'une épilepsie diencéphalique et d'Alberto Salmon dans son hypothèse d'un centre épileptogène hypothalamique.

Les centres corticaux végétatifs supérieurs sont depuis l'autre siècle analysés : centres vaso-moteurs (Eulenburg et Landois, 1876), cardiaques (Danilewsky, 1875), respiratoires (Munk, 1890), pupillaires (Ferrier), salivaires (Bochefontaine et Lépine, 1875), sudoraux, thermiques (Hitzig, 1874), mais les excitations de ces centres ne produisent de résultats que par l'intermédiaire des centres diencéphaliques. Le diencéphale est donc le relai nécessaire de toutes les excitations de l'écorce. Il existe aussi des réactions végétatives qui répondent à l'excitation des centres sensitifs corticaux. Ce sont les réflexes de renforcement de Tinel.

De même l'excitation des zones motrices provoque très souvent des réactions végétatives, vaso-motrices en particulier. Ce sont les réflexes végétatifs d'accompagnement de Tinel.

(1) TINEL. — *Le système nerveux végétatif*. In-8° de 847 p., Masson, 1937.

(2) LAIGNEL-LAVASTINE. — L'encéphalite épidémique. *Gaz. des Hôp.*, 26 mars-2 avril 1921, p. 389-405.

(3) LAIGNEL-LAVASTINE et LARGEAU. — *Loc. cit.*

« Quant aux centres végétatifs corticaux eux-mêmes, dit Tinel (1), les résultats expérimentaux nous amènent à les localiser à peu près tous au voisinage de la zone motrice et sur toute la hauteur des circonvolutions frontales, immédiatement en avant de la zone rolandique » et un schéma très clair illustre ce texte.

En 5<sup>e</sup> lien il existe une association presque constante de réflexes végétatifs aux processus psychologiques. Ces synergies psycho-végétatives de la vie quotidienne sont l'évidence même. Elles associent aux divers processus psychiques la mise en activité des centres corticaux et réagissent par ceux-ci sur les centres diencéphaliques. Ce sont encore des réflexes végétatifs d'accompagnement.

Il existe enfin parmi ces synergies psycho-végétatives des réflexes associatifs conditionnels. « Avec l'activité corticale et particulièrement celle de l'écorce frontale s'introduit, dit Tinel, un facteur de variabilité, de relativité, de plasticité dont les infinies variations des réflexes émotifs nous donnent un exemple et que confirment de tous points les expériences de Pawlow sur les *réflexes conditionnels*. Il est, en effet, probable qu'un bon nombre tout au moins de ces synergies psycho-végétatives sont de l'ordre des *réflexes associatifs conditionnels*, en partie créés par l'habitude, renforcés par la répétition, susceptibles de se modifier ou de se substituer les uns aux autres, et subissant aisément toute la série des processus d'exaltation ou d'inhibition suivant les circonstances où ils se produisent. Ils s'opposent schématiquement aux réflexes innés, profonds, héréditaires et constitutionnels, qui appartiennent essentiellement au monde de l'instinct et qui semblent caractériser au contraire l'activité propre du diencéphale. On sait que tous les processus d'association réflexe conditionnelle exigent l'intégrité de l'écorce cérébrale et qu'ils disparaissent après son ablation, tandis que subsistent intégralement les réflexes organiques et instinctifs du diencéphale.

Ainsi compris, les réflexes psycho-végétatifs supposent entre les centres psychiques et les centres végétatifs de l'écorce d'innombrables voies d'association transcorticales que facilite d'ailleurs le voisinage immédiat de ces centres intercalés pour ainsi dire entre les régions sensitivo-motrices et les zones psychiques de la corticalité.

De toutes façons et dans toutes leurs modalités, qu'il s'agisse de *réflexes végétatifs de renforcement* des réactions sensitives, de *réflexes d'accompagnement* des activités motrices ou psychi-

(1) *Loc. cit.*, p. 543.



ques, ou de *réflexes conditionnels* créés par l'habitude, les manifestations végétatives de l'écorce cérébrale ont toujours ce caractère distinctif de n'être pas des réactions essentielles et vitales. Ce sont des réactions auxiliaires, accessoires, variables, et, si l'on peut dire même, facultatives... Elles ne se réalisent d'ailleurs que par l'excitation transmise aux centres diencéphaliques. Elles n'apparaissent dans l'écorce que dans la mesure où elles peuvent être utiles aux autres opérations corticales, et n'intéressent en rien les fonctions régulatrices vitales du système végétatif.

Les centres végétatifs corticaux ne sont donc plus des centres régulateurs ; ce sont des centres associés accessoirement aux fonctions sensibles et sensorielles, motrices et psychiques de l'écorce et capables seulement, en réponse à la sollicitation de ces diverses activités corticales, de mettre en action les vrais centres régulateurs végétatifs, ceux de la région diencéphalique et de la région bulbaire.

Pour déblayer le terrain je rappelle que je distingue dans l'analyse psychologique les troubles qui relèvent de la *conscience immédiate* et ceux qui dépendent de la *conscience réfléchie*. Le psychopathe comme tout être humain est à la fois objet et sujet relativement à son être. Il se sent plus ou moins vivre et est constamment plus ou moins alerté par de multiples impressions ou sensations sur le fonctionnement plus ou moins parfait de sa machine organique relativement à elle-même et au milieu extérieur, physique et social. Tout cet ensemble phénoménologique constitue la conscience immédiate. D'autre part le sujet s'observe lui-même comme objet et cette réflexion du sujet sur lui-même constitue la conscience réfléchie qui, chez les civilisés, a pris un tel développement du fait de l'intelligence discursive qu'elle tend à faire passer inaperçue la conscience immédiate.

Chez le délirant les troubles des deux consciences sont mêlés et nécessitent une analyse difficile pour les distinguer.

Dans les psychonévroses le sujet se rend compte des troubles de sa conscience immédiate, s'en émeut et cherche à les comprendre avec le plus souvent l'assistance du médecin. Ce second groupe de malades est donc beaucoup plus favorable que le premier au dégagement d'un facteur sympathique dans le syndrome considéré. Prenons, par exemple, une petite obsédée (arithmomane) au début d'un accès de dépression cyclothymique. Elle a l'impression de ne plus pouvoir diriger sa pensée, d'être obligée de répéter ses chiffres, de s'arrêter de prendre le métro si l'addition des chiffres du billet donne 13. Alors l'émotion, résultant

de cette constatation et de son acte manqué, s'accompagne de troubles sympathiques. Mais cette synergie psycho-sympathique rentre dans l'association presque constante des réflexes végétatifs aux processus psychologiques de la vie quotidienne. Ce sont, selon l'expression de Tinel, des réflexes végétatifs d'accompagnement. Leur fréquence, leur richesse et leur intérêt pour juger de l'émotivité psychogénétique, rendent compte ainsi du coefficient réactionnel de l'individu, ils sont négligeables au point de vue pathogénique. La charge affective de l'arithmomane est par contre nettement pathologique et rentre dans les réflexes associatifs conditionnels.

Au Congrès de Bruxelles, j'avais attiré l'attention sur les réflexes conditionnels de Pavlov dans le mécanisme du fétichisme en particulier et des parathymies en général. On comprend ainsi que la substitution d'un excitant anormal à l'excitant approprié dans le déclenchement d'une réaction soit à l'origine de multiples perversions dont les éléments sont liés par un émoi, qui est l'expression psycho-physiologique de réflexes conditionnels végétatifs diencéphaliques. A un degré plus profondément biologique est l'association anxiété-volupté (1), dont j'ai observé beaucoup d'exemples surtout chez les jeunes gens et les femmes et qui tient à la similitude réactionnelle du pneumogastrique (pour l'anxiété) et de l'érecteur sacré (pour la volupté) qui ne sont que deux départements distincts du même système vagal, dont j'ai contribué à montrer le rôle prédominant en sympathologie (2).

Pour en revenir à mon arithmomane avec sa cyclothymie faite d'insomnie, amaigrissement, asthénie matinale, tristesse, s'accompagnant d'anxiété nauséuse matinale, bradycarpie, constipation, pupille petite, alcalose, hypoglycémie, permettant le diagnostic de dépression vagotonique, elle fut améliorée par la belladone et l'hectine. Il s'agissait d'une hérédosyphilitique. Très souvent psychasthénie, vagotonie, cyclothymie s'observent chez des hérédosyphilitiques de première et deuxième génération.

Chez les psychonévrosés souvent les symptômes psychiques, nerveux, sympathiques, endocriniens sont multiples et sans prédominance clinique telle qu'on puisse étiqueter immédiatement le malade par l'épithète syndromique précise telle que hystérie.

(1) LAIGNEL-LAVASTINE. — Anxiété, volupté et pneumogastrique. *Paris Médical*, 18 oct. 1924, p. 321-322.

(2) LAIGNEL-LAVASTINE. — Le pneumogastrique et ses perturbations. *Conférence à la Clinique médicale de l'Hôpital Saint-Antoine* (P<sup>r</sup> Chauffard).

psychasthénie, dépression, anxiété, vagotonie, hyperolosophie, syndrome de Basedow, d'Addison, de Cushing, de Babinski-Froehlich, etc... Dans ces cas, rend service la méthode concentrique (1) qui range tous les symptômes dans les zones successives psychiques, nerveuses, endocriniennes, viscérales et du noyau morbide central avec leurs versants inter-psychologiques et du moi profond, neurologique de relation et sympathique, humoral et morphologique, physiologique et anatomo-pathologique. Certains syndromes ont une telle égalité de symptômes dans toutes les zones qu'on ne peut les étiqueter par une fonction ou un organe.

Telle est, par exemple, l'*endocrino-névrose hypertensive* que j'ai isolée sous ce nom d'après une observation princeps de 1908. Ce syndrome est caractérisé par une hypercénesthésie avec hypotension artérielle et vagotonie liée à de l'insuffisance surrénale et de l'hyperovarie avec réactions vicariantes hypophysaires et thyroïdiennes chez des personnes longiformes, scoliotiques, peu musclées, ptosiques, relativement peu émotives. Cet ensemble survient souvent à la suite de scarlatine chez des hérédo-goutteuses de famille thyroïdienne (2).

Reste enfin à dire un mot du sympathique dans la personnalité (3), car c'est la sympathologie qui m'a amené à l'analyse du coefficient réactionnel individuel dans ses trois modalités du tempérament, de la constitution et du caractère. J'y montre comment le caractère est l'épanouissement du tempérament (4) et que c'est l'étude des cénesthésies, de la sensibilité générale et sensorielle, des réflexes simples et conditionnels, des réactions vaso-motrices et glandulaires, des tendances qui permettent d'analyser le caractère en profondeur et de distinguer, avec mon maître Pierre Janet, des tendances profondes, moyennes et supérieures. Il suffira de compléter l'étude des hiérarchies neuro-psychiques par celle des interférences psycho-sociales pour connaître le caractère dans son entier, car son versant physiologique se continue dans son versant social, comme je l'ai développé dans la *Méthode concentrique*.

(1) LAIGNEL-LAVASTINE. — *La méthode concentrique dans l'étude des psychonévrosés*, Maloine, 1928, p. 74.

(2) LAIGNEL-LAVASTINE. — Endocrinonévrose hypotensive. XX<sup>e</sup> Congrès de Médecine, Montpellier, 1929. C.R. Dubois et Poulain, Montpellier, pp. 88-96.

(3) LAIGNEL-LAVASTINE. — Rôle du sympathique dans la personnalité. Leçon de la Pitié, 18 mars 1931. *La Vie médicale*, 10 juillet 1931, pp. 673-683.

(4) LAIGNEL-LAVASTINE. — Sécrétions internes et système nerveux. *Rev. de Méd.*, août 1914, déc. 1915.

Analysant ensuite l'appareil de la personnalité comme je l'ai fait avec Papillaud (1) dans nos morphogrammes, physiogrammes, psychogrammes et sociogrammes, j'en ai tiré le profil de l'individualité, que j'avais amorcé dès mon rapport de 1908 au congrès de Dijon sur les troubles psychiques par perturbation des sécrétions internes. Dans ce profil la formule vago-sympathique, donnée par la recherche comparative du réflexe oculo-cardiaque et du réflexe solaire, donne un facteur très important qui permet de classer les sujets en quatre types (2) : Type I vagotonique pur ; Type II hyperorthosympathique ; Type III hyperolosympathique ; Type IV hyposympathique. La connaissance de ces formules est utile dans la direction thérapeutique, car la susceptibilité est variable. Et si les hypocondriaques sont particulièrement sensibles aux médicaments, c'est que beaucoup de soi-disant hypocondriaques sont des vagotoniques chez lesquels il y a abaissement du seuil de la cénesthésie.

Cette cénesthésie, liée au concert hormono-sympathique (3), agit sur le comportement. Elle est un facteur nécessaire du moi profond que j'ai étudié ailleurs (4) et qui est l'expression des tendances biologiques de l'être. Les goûts et particulièrement les goûts alimentaires sont aussi l'expression de la formule endocrinio-sympathique de l'individu.

On voit l'intérêt du facteur sympathique dans la personnalité. Mais quelle y est sa place hiérarchique ? A cette question j'ai cru pouvoir répondre dès 1931 qu'en plus des facteurs endocriniens et sympathiques il semble bien y avoir un coefficient de prédominance de métaux et de dispositions colloïdales et physico-chimiques, de telle sorte qu'on ne peut vraiment pas simplement les ramener à un facteur primordial sympathique. On ne peut pas non plus les ramener à un facteur primordial endocrinien, et il semble que dans beaucoup de cas il faille arriver à une notion synthétique exprimée en Allemagne où l'on pense que la caractéristique de l'élan vital de chacun est dans la constitution même du protoplasme individuel et l'on tend à considérer que beaucoup de vagotoniques (5) ont peut-être plus encore une

(1) LAIGNEL-LAVASTINE et PAPILLAULT. — Introduction à l'établissement des biogrammes. Leçon de la Pitié, *Concours méd.*, mai 1928.

(2) LAIGNEL-LAVASTINE. — *Conférences de Sympathologie clinique*, Maloine, 1929.

(3) LAIGNEL-LAVASTINE. — Les facteurs endocriniens du caractère. *Presse médicale*, 20 oct. 1928.

(4) LAIGNEL-LAVASTINE. — *Méthode concentrique*, Maloine, 1928.

(5) LAIGNEL-LAVASTINE. — Rôle du sympathique dans la personnalité. *L'Évolution médicale*, 10 juillet 1931.

caractéristique humorale mais même protoplasmique qu'une caractéristique simplement vago-sympathique.

Il me reste à conclure

### CONCLUSION

Pensant neurologiquement, il s'agit après avoir établi la coexistence des troubles sympathiques et psychiques d'établir à quel étage du système s'est produit la perturbation périphérique (inétasympathique), tronculo-ganglionnaire (sympathique viscéral et vago-sympathique proprement dit), névraxique (ortho-sympathique et système vagal, centres bulbo-protubérantiels, centres diencephaliques et corticaux).

Ainsi la sympathologie par ses critères morphologiques et physiologiques permet d'insérer le diagnostic clinique psychopathique dans la neurologie dynamique.

Ainsi le syndrome psychique est étudié en profondeur. L'exemple de l'anxiété montre que, chez les anxieux, pour les distinguer il faut remonter aux racines vagues, ortho-sympathiques et olo-sympathiques.

Au-dessous de cette sémiologie sympathique il faut chercher le plan hormonal, dont on connaît les relations avec les variations d'excitabilité nerveuse.

L'expérimentation clinique, particulièrement par la thérapeutique hormonale, permet de saisir ces rapports entre les plans hormonal, sympathique et psychique. A ce point de vue l'insulinothérapie par les différents degrés d'hypoglycémie, qu'elle détermine, ainsi que les états de paralysie de plus en plus étendus dans la hiérarchie neurologique, a ouvert des voies dont de multiples auteurs contemporains, tels que Claude, Baruk et Cossa, ont saisi l'importance et qui fait que par la neuro-psychiatrie hormonale expérimentale la psychiatrie s'insère de plus en plus dans la médecine expérimentale.

---



# PSYCHIATRIE ET ENDOCRINOLOGIE

PAR

XAVIER et PAUL ABÉLY

Ce n'est qu'au début de notre siècle que les rapports des glandes endocrines et de la psychiatrie ont été scientifiquement étudiés. Ce mouvement a compté parmi ses animateurs Régis, Sainton, Laignel-Lavastine, Parhon. Depuis cette époque des progrès importants ont été réalisés sans nous apporter de lumière définitive. C'est que le développement de l'endocrinologie en a révélé de plus en plus la complexité. On sait maintenant que toute perturbation d'une glande a ses répercussions sur les autres glandes et que plusieurs endocrines interviennent à l'égard d'une même fonction vitale dans un sens synergique ou antagoniste. On ne peut pas non plus séparer la sécrétion interne du système neuro-végétatif et du diencéphale. L'isolement chimique des hormones a fait naître une science nouvelle. L'étude des glandes endocrines est donc apparue de plus en plus difficile et tout particulièrement en ce qui concerne leur rôle en médecine mentale.

Dans notre rapide revue, notre premier but est de faire le point des données actuelles qui paraissent les plus sûres sans pouvoir cependant éliminer complètement la part inévitable d'incertitude et d'interprétation qui subsiste encore. A cet effet, nous reprendrons le plan de travail qui avait été tracé par le Congrès de Dijon de 1908 et qui instituait deux chapitres : les troubles psychiques dans les maladies glandulaires ; les troubles glandulaires dans les maladies psychiques.

## I. L'influence des troubles glandulaires sur le psychisme

Pour la clarté de l'exposé, et selon la coutume, nous étudierons séparément chaque glande. Mais il est bien entendu que chacun des troubles signalés entre dans un cycle complexe d'inter-réac-

tions glandulaires. Nous envisagerons essentiellement pour le même motif les fonctionnements en « hypo » ou en « hyper », mais nous croyons qu'il s'agit plus fréquemment encore de dysfonctionnement. On a beaucoup invoqué la notion de « seuil hormonal » au-dessus et au-dessous desquels l'action serait nulle tandis qu'elle serait totale à son niveau. En réalité, on ne saurait généraliser cette notion. Il y a souvent proportionnalité entre la dose hormonale et l'intensité de ses effets. Ce qui est exact, c'est qu'au-dessus d'un certain taux l'action endocrinienne agit progressivement comme un facteur auto-toxique de plus en plus marqué tout en conservant cependant des éléments de son rôle spécifique. C'est pourquoi on peut constater d'une façon très générale que les sécrétions internes massives aboutissent à des états confusionnels.

**HYPOPHYSE ANTÉRIEURE.** — Nous n'envisagerons que la partie essentielle de l'hypophyse antérieure. L'hypophyse antérieure est, de l'avis général, la glande maîtresse parmi les glandes endocrines. Elle joue un rôle capital dans le développement de l'homme, elle règle le métabolisme des substances nutritives et surtout des glucides et des lipides ; elle dirige l'activité de l'appareil reproducteur. Elle contrôle le fonctionnement de tout l'appareil endocrinien ; elle stimule les sécrétions internes des autres glandes. Elle subit à son tour le retentissement de toutes leurs modifications. Elle est surtout une glande régulatrice, un organe d'adaptation aux nécessités endocriniennes de l'organisme exerçant une action tantôt freinatrice, tantôt compensatrice. En dehors même du syndrome qui lui est propre, elle peut créer, sous forme isolée, associée, souvent même dissociée, tous les syndromes particuliers à chaque glande, notamment les manifestations psychiques que nous étudierons plus loin.

On voit toute la complexité clinique qu'elle peut commander. L'hypophyse mérite bien le nom de « cerveau endocrinien » que lui a donné Cushing, expression d'autant plus suggestive que son action coordinatrice s'exerce en étroite relation avec le système nerveux central. On admet aujourd'hui, sans conteste, que l'hypophyse et l'hypothalamus ont un fonctionnement synergique et des influences réciproques. On ne peut déposséder la glande pituitaire au profit exclusif du III<sup>e</sup> ventricule. Les mêmes syndromes peuvent être réalisés par des lésions de l'un ou l'autre des éléments de ce système. Or, nous savons que l'hypothalamus exerce un rôle fondamental dans la régulation du métabolisme, dans la thermogénèse, dans les fonctions hypniques, dans l'acti-

vité génitale et, d'une façon générale, dans toute la vie végétative. De plus, Jean Camus soutenait, dès 1912, que cette région possède, à côté des fonctions nutritives, et peut-être par leur intermédiaire, une fonction régulatrice des centres psychiques, opinion qui a été acceptée et justifiée depuis par de nombreux auteurs et notamment par Guiraud qui insiste sur la fonction d'activation du psychisme. Cette thèse s'appuie sur des faits cliniques et expérimentaux de plus en plus multiples et probants. D'une façon générale, l'hypofonctionnement de la région hypothalamique se traduit par le ralentissement psycho-moteur, l'apathie, la torpeur, l'indifférence ; l'hyperfonctionnement par l'hyperactivité psycho-motrice, l'hypersthénie, l'hypervitalité, l'euphorie. Dans ce deuxième sens surtout on peut citer des faits maintenant classiques : les nombreuses observations d'états maniaques caractéristiques des tumeurs du III<sup>e</sup> ventricule (Fulton. Bailey, Foerster) ; les états typiquement maniaques déclenchés au cours des interventions chirurgicales, dès que l'on commence à dégager la tige pituitaire (cas de Foerster, états d'excitation confirmés par Puech). Dans ce couple fonctionnel physiologique et anatomique que forment l'hypophyse et l'hypothalamus, il est impossible de ne pas attribuer à la glande pituitaire les mêmes rôles.

Les syndromes cliniques liés à des lésions nettement localisées de l'hypophyse sont habituellement complexes. On peut y déceler cependant les troubles communs. L'hypohypophysie est réalisée soit par des lésions non tumorales, atrophie, traumatismes (maladie de Simmonds, microsomies), soit par des tumeurs (adénomes chromophobes, crano-pharyngiomes). Elle se manifeste mentalement chez l'enfant par la persistance de l'infantilisme psychique ; chez l'adulte par la diminution de l'activité, le ralentissement mental, la dépression ou l'indifférence. A l'insuffisance végétative, associée à ces états comme aux lésions de l'hypothalamus, correspond la perte de l'appétit. C'est pourquoi l'anorexie, dite mentale, a souvent été attribuée à des troubles hypophysaires plus ou moins marqués. Les anorexiques mentaux ont le plus souvent un état mental particulier qui explique leurs restrictions alimentaires. Mais il existe, à coup sûr, des cas dus à des hypopituitarismes frustes, dont le diagnostic est alors difficile.

Les syndromes d'hyperpituitarisme se traduisent par des troubles psychiques moins précis. Nous laisserons de côté la maladie de Cushing dont la pathogénie est encore discutée. Dans l'acromégalie, l'état mental est diversement apprécié par les auteurs.

C'est que de nombreux facteurs interviennent. On admet généralement aujourd'hui l'existence d'une phase d'hypersthénie initiale qui peut d'ailleurs se prolonger. On a souvent signalé la jovialité de ces malades, qui contraste avec la gravité de leur maladie. On décrit des cas d'hypomanie et de manie et nous-mêmes en avons observé plusieurs. Cependant, la plupart des auteurs admettent qu'à une période variable de l'évolution se manifestent de l'asthénie et de la lenteur psychique. Ce fait mériterait quelques intéressantes considérations que nous ne pouvons qu'esquisser. Sans parler de l'hypertension crânienne ou des épuisements hormonaux prolongés, on peut se demander jusqu'à quel point un état maniaque est compatible avec des lésions anatomiques graves. De plus, l'acromégalie pure, ce qui n'est pas toujours le cas, relève d'une univalence fonctionnelle (adénome à cellules de type unique, exagération exclusive de la fonction somatrophe) et s'accompagne alors de dissociation des autres fonctions, fait fréquent dans les syndromes hypophysaires. C'est ainsi que « l'acromégalie » s'associe, généralement, à une régression de l'action gonadotrope, c'est-à-dire à un syndrome d'hypogénitalisme avec son retentissement psychique.

EPIPHYSIE. — Le rôle de cette glande, que Descartes considérait comme le « siège de l'âme » et Dionis comme le « tamis de l'esprit », nous est à peu près inconnu. Cependant, ses multiples analogies avec l'hypophyse permettent de penser qu'elle jouit d'une fonction très importante non seulement dans le développement mais encore dans toute la vie. Bien des faits expérimentaux et cliniques tendent à démontrer qu'elle possède une sécrétion interne agissant sur les centres diencéphaliques. Roussy et Mosinger sont arrivés à la conclusion qu'il existe un couple neuroglandulaire épithalamo-épiphysaire (en relation avec le toit du troisième ventricule), lié au couple épithalamo-hypophysaire (en relation avec la base et les parois du même ventricule). Le tout constituerait un véritable cerveau végétatif et nombre d'auteurs pensent même que ces deux systèmes auraient des actions antagonistes. Des tumeurs épiphysaires (généralement considérées comme destructrices) s'accompagnent d'une puberté et d'un développement psychique précoces déjà signalés par Morgagni. Une observation célèbre est celle du malade de Frankel-Ouvrard qui fut trouvé porteur d'une tumeur : cet enfant âgé de cinq ans et demi s'intéressait au problème de l'immortalité de l'âme.

THYROÏDE. — Avec l'hypophyse, la thyroïde est peut-être la glande qui a été le plus précocement et la mieux étudiée dans ses

rapports avec le psychisme. Elle exerce une influence considérable sur le développement physique et psychique, sur les métabolismes et possède une action neurotrope sur le système neurovégétatif et sur le système nerveux central en général. Nous n'insisterons pas sur l'arriération mentale observée à des degrés divers dans le myxœdème infantile et le « crétinisme » ; ce furent là les premières conquêtes de la psychopathologie endocrinienne. Chez l'adulte, le myxœdème acquis se manifeste par la torpeur et la lenteur intellectuelle, la diminution de la mémoire et de l'attention, le défaut d'affectivité et de retentissement émotionnel. On sait que ces états bénéficient largement du traitement par l'opothérapie thyroïdienne et par la thyroxine. L'hyperthyroïdie relative a elle aussi une symptomatologie assez commune : on connaît son rôle, sous une forme atténuée, dans les diverses étapes de la vie génitale féminine ; ce sont les phénomènes d'émotivité, de nervosité, d'irritabilité, d'impulsivité. On sait que les injections de thyroxine faites chez les myxœdémateux provoquent des réactions analogues quand elles dépassent la dose utile. Dans les formes moyennes du goitre exophtalmique, ces signes sont simplement un peu plus poussés. Lorsqu'on aborde les états plus nettement pathologiques, les thyroépsychoses, on est frappé de l'imprécision constatée en ce sujet, malgré les innombrables publications qui lui ont été consacrées (voir les études les plus récentes de Sainton, de Cossa et Sassi). Il n'est peut-être pas d'exemple plus typique et plus instructif de la confusion qui règne dans les recherches endocriniennes. Sous le nom de psychoses thyroïdiennes, on a présenté des syndromes extrêmement polymorphes. On a reconnu de prétendus délires de persécution dans de simples troubles du caractère. On a surtout décrit des états mélancoliques et maniaques qui n'étaient ni l'un ni l'autre, et ceci aussi bien dans l'hypothyroïdie que dans l'hyperthyroïdie. Si, d'une façon générale, l'hyper-activité thyroïdienne donne des états d'allure dépressive et l'hyper-activité des états d'allure excitatrice, l'hypo-activité de la glande peut s'accompagner d'excitation en raison, comme nous l'avons montré, de l'hyper-hypophysie consécutive. On a surtout catalogué sous des désignations diverses des états confusionnels et oniriques dus à une thyroétoxicose. C'est un fait banal en psychopathologie endocrinienne que les sécrétions internes agissent au delà d'un certain taux comme des auto-intoxications, mais il semble que le cerveau soit particulièrement sensible à la thyroétoxicose. On passe ainsi par des transitions graduées de l'excitation à la confusion pour aboutir à des états dans lesquels les traits spécifi-



ques de l'hyperthyroïdie sont submergés et éliminés peu à peu par un syndrome confusionnel banal. Si l'on élimine toutes ces causes d'erreur, si l'on s'en tient à des états thyroïdiens purs, nous croyons qu'on peut synthétiser les manifestations les plus générales qui relèvent en réalité plus d'un dérèglement thyroïdien que d'un simple hyper-fonctionnement, dans un syndrome typique qui comprend, à des degrés divers : la tension émotionnelle allant jusqu'à l'anxiété la plus marquée, la mobilité de l'humeur, de l'idéation, de l'activité, les troubles du caractère, l'exagération des réactions. Ce syndrome ne peut se confondre ni avec la mélancolie ni avec la manie car son excitation est toujours teintée d'une affectivité pénible, exempte en tout cas d'euphorie et d'optimisme persistants. Par son caractère d'instabilité, cet état constitue une sorte de déséquilibre aigu et acquis qui répond bien à l'action amphotrope et désordonnée de la sécrétion thyroïdienne. La thyroïdectomie partielle ou la radiothérapie ont souvent amené une sédation de ces troubles psychiques. Mais bien souvent aussi des interventions ont été pratiquées sans succès ou suivies d'une exagération des symptômes antérieurs alors qu'il s'agissait de déséquilibres ou d'anxiétés dus à d'autres causes. On ne saurait trop, en bien des cas, faire preuve de prudence et établir avec certitude l'origine thyroïdienne.

PANCRÉAS. — L'action du pancréas se manifeste surtout par son hormone bien spécialisée, l'insuline. L'hypoinsulinisme du diabète pancréatique qui aboutit à une utilisation insuffisante des glucides se traduit, à des degrés divers, par un état d'asthénie avec tendances dépressives. L'hypoinsulinisme spontané, qui est dû à des adénomes « langerhansiens » ou à de simples hyperplasies et qui aboutit à une hypoglycémie d'intensité variée serait un syndrome plus fréquent qu'on le croyait jusqu'ici. Dans ses formes légères on observe une lassitude, une apathie physique et intellectuelle avec sensation de faim angoissante. Dans les formes plus graves, on constate une augmentation progressive de la torpeur allant jusqu'au coma. Grâce à son action sur l'appétit, on a pu, dans l'anorexie mentale, utiliser avec succès l'insuline, qu'il faut toutefois manier avec circonspection. Mais le traitement insulinique a pris surtout une importance considérable en thérapeutique mentale. Le pancréas a conquis, de ce fait, un rang de premier plan en psychiatrie. On réalise par là une véritable expérience d'hyperinsulinémie. Son action la plus favorable s'exerce sur les états schizophréniques ou présumés tels. Le mécanisme de l'insulinothérapie est encore mal élucidé. On a voulu

l'assimiler à la thérapeutique des chocs. Personnellement, nous pensons que l'insuline, grâce à son action métabolique, qui règle la fixation des glucoses et de l'oxygène sur les centres nerveux, crée des réactions encéphaliques en modifiant la nutrition du cerveau dans une psychose que certains ont comparée à une hypophyxie cérébrale chronique. Si l'on admet cependant que le choc a d'une façon générale pour effet une réactivation des centres neuro-végétatifs, cette interprétation peut valoir pour tous ces modes. L'insulinothérapie, méthode évidemment empirique, n'est peut-être pas exclusive pour obtenir des résultats identiques ; elle semble cependant assez élective.

Outre l'insuline, le pancréas sécrète d'autres hormones moins connues. Santenoiise a isolé une substance, la vagotonine, qui augmente le tonus du pneumogastrique et exercerait un effet favorable sur l'anxiété. D'autres auteurs décrivent une substance hypotensive pancréatique qui pourrait être mise en cause dans des troubles psychiques liés à l'hypertension artérielle.

**SURRENALE.** — Cette glande, qui se compose de deux parties : la médullo-surrénale et la cortico-surrénale (portion essentielle), sécrète deux hormones correspondantes : l'adrénaline et la corticine. L'injection d'adrénaline (substance sympathicotonique) provoque chez l'homme normal et surtout chez l'hyperthyroïdien des signes d'anxiété.

La corticine a un rôle prépondérant. Son insuffisance se traduit par l'asthénie physique et psychique qui se manifeste au maximum dans le syndrome addisonien avec son état dépressif et sa tristesse. Le traitement par la corticine exerce son influence la plus nette et la plus précoce sur cette asthénie, donne au malade un sentiment de bien-être et lui permet de reprendre au moins partiellement son activité. L'insuffisance surrénalienne aiguë provoque des états confusionnels désignés sous le nom d'encéphalite surrénale (Sergent). L'hypersurrénalisme dû à des adénomes détermine des phénomènes d'hyperactivité psychique, associés à un curieux syndrome de virilisme mental et somatique. Chez les garçons on constate une virilité précoce. Chez les filles on note une déviation de la puberté vers la masculinisation. Chez la femme, après la puberté, on observe une « déféminisation » avec transformation psychique (la jeune fille devient une véritable virago, exubérante et batailleuse). Nous savons que les lutéinomes ovariens et les adénomes hypophysaires peuvent entraîner ce même syndrome qui paraît donc souvent relever d'une pathogénie complexe (rappelons à ce sujet que la corticine, la lutéine et la testostérone ont des formules chimiques voisines).

**GLANDES GÉNITALES. — Généralités.** — Bien que, de tout temps, la relation entre la sexualité et le psychisme ait été affirmée et malgré les conquêtes de l'hormonologie, les données que nous possédons manquent encore de précision. La question apparaît complexe. Les hormones génitales connues sont multiples et leur action est parfois antagoniste. D'autres glandes interviennent et surtout l'hypophyse dont la fonction régulatrice est essentielle. On trouve dans chaque sexe des hormones du sexe opposé et chaque sexe est caractérisé par la prédominance de l'une de ces hormones. Plusieurs hormones sont de plus ambosexuelles. Le virilisme, l'hermaphrodisme, avec leurs composantes psychiques, sont dus à l'intensité anormale de cette bi-sexualité. Dans le même ordre d'idées on a voulu voir dans les perversions sexuelles, et surtout dans l'homosexualité, un dérèglement de la distribution hormonale. La pathogénie en est certainement beaucoup plus complexe et les facteurs primitifs proprement psychiques ont ici une influence considérable.

**Ovaire.** — En ces derniers temps, plusieurs intéressants travaux et mises au point ont été consacrés aux rapports des troubles mentaux et ovariens (Stora, Baruk, Talayrach, Soullairac). Nous manquons encore cependant de notions nettes sur ce sujet et il serait prématuré de parler de psychoses ovariennes ou folliculiniques dont les caractères manquent de spécificité.

L'ovaire a une double sécrétion interne folliculinique et lutéinique dont les rôles, bien que synergiquement dirigés vers un but commun, apparaissent antagonistes. Ici surtout, c'est la juste proportionnalité des hormones qui importe pour le bon fonctionnement organique et psychique. L'influence de la sécrétion ovarienne sur la mentalité de la femme est bien connue. Elle s'exerce depuis la puberté qui répond à une rapide poussée endocrinienne jusqu'à la ménopause qui est un tarissement plus ou moins complet, en passant par la menstruation et la grossesse qui entraînent des modifications aiguës. Ces étapes critiques entraînent une instabilité et un déséquilibre glandulaire accompagnés de modifications de l'humeur, du caractère et de l'activité, qui, généralement modérées peuvent atteindre une intensité anormale. Dans les psychopathies puerpérales, on fait jouer un rôle de plus en plus considérable aux dérèglements hormonaux. La puberté qui développe le psychisme dans un sens spécifiquement féminin entraîne des états de nervosité, d'émotivité ou de rêverie, dans lesquels on a voulu trouver un terrain favorable à l'apparition de la psychose intermittente ou de la schizophrénie. On peut voir

des états pubéraux nettement pathologiques. L'hypovarie se manifeste par un infantilisme tardif.

Dans l'hyperovarie de l'enfant (cas de tumeur par exemple), on assiste à des transformations pubérales précoces : vivacité intellectuelle, facilité des études, abandon des jeux enfantins, coquetterie, intérêt pour le sexe masculin. Dans la ménopause, le processus glandulaire est complexe. On lui décrit un stade primitif d'hyperfolliculinisme suivi d'hypofolliculinisme, auquel s'adjoint bientôt un stade d'hyper-fonctionnement gonadotrope hypophysaire et souvent d'hyperthyroïdie. Parallèlement on observe le plus fréquemment des périodes plus ou moins nuancées d'excitation, de dépression inquiète et de phénomènes mixtes. Sur des terrains prédisposés on peut voir se développer de véritables psychoses qui ne sont que le grossissement de ces états. La succession des phases est loin d'avoir toujours cette régularité et la note prédominante est l'instabilité psychique avec un ton émotionnel toujours assez marqué. Dans certains cas on note des signes de virilisme physique et mental. Signalons enfin qu'après la ménopause on a vu l'apparition d'une « nouvelle jeunesse » somatique et psychique liée à des folliculinomes.

Chez l'adulte, le fait le plus intéressant est celui de la castration. Il est rare qu'elle ne s'accompagne pas de quelques manifestations mentales (Combemale et Demacon en ont noté dans 9,5 % des cas). Ce sont les symptômes assez analogues à ceux de la ménopause naturelle : diminution de la volonté, de l'attention, asthénie physique, tristesse, émotivité, irritabilité. L'hypersécrétion folliculinique, dans les tumeurs notamment, donne lieu à des transformations moins nettes, mais toujours dans le sens de l'excitation psychique et sexuelle. On connaît mieux l'action des injections de folliculine. Tout d'abord, leur influence est particulièrement favorable dans l'infantilisme et dans la castration. De plus, pratiquées à assez forte dose, elles peuvent provoquer des états d'excitation psychique. On a constaté chez les femmes normales une exaltation psycho-motrice passagère allant jusqu'à l'hypomanie. On l'observe surtout chez les femmes castrées, traitées par des quantités exagérées. Nous en avons rapporté nous-mêmes un cas en quelque sorte expérimental avec manie franche. Il est intéressant de noter que les injections de lutéine ou de testostérone ont pu avoir, dans plusieurs de ces cas d'hyperfolliculinémie spontanée ou provoquée, un effet sédatif assez net. Il serait d'ailleurs un peu simpliste de voir là une sorte de neutralisation par une hormone d'action contraire. Il s'agit plutôt du rétablissement, par un mécanisme d'ailleurs complexe, d'un

équilibre endocrinien qui avait été rompu. Sur une base de folliculinémie normale les fortes doses de lutéine ou de testostérone peuvent, en effet, provoquer des états d'excitation.

*Testicule.* — L'influence de la sécrétion interne testiculaire sur l'état mental est moins connue que celle de la sécrétion ovarienne. La puberté et la ménopause masculines se traduisent par des manifestations moins évidentes et plus prolongées. On ne saurait cependant en méconnaître l'importance. On constate chez le garçon pubère des modifications du caractère, une tendance à la brusquerie, une propension à l'activité imaginative. L'arrêt de la sécrétion testiculaire, bien que plus variable et plus étalé que l'arrêt ovarien se manifeste parfois, après une phase d'excitation psycho-sexuelle par une certaine dépression, de l'irritabilité, une diminution consciente et pénible de l'activité intellectuelle. L'opothérapie paraît avoir une heureuse influence sur ces états dépressifs. On connaît l'expérience personnelle de Brown-Séquard qui affirmait avoir retrouvé toute son ardeur intellectuelle. Guy Laroche signale aussi les bons effets de la testostérone sur l'énergie et même sur la mémoire des vieillards. La castration, lorsqu'elle est pratiquée avant la puberté, détermine des transformations psychiques classiques ; on a remarqué de tout temps la pusillanimité, le puérilisme des « eunuques ». Chez l'adulte, l'hypo- ou l'anorchidie donne lieu à des manifestations plus discrètes et ne semble pas avoir d'action sur le sens génital. Bize et Moricard ont insisté sur les effets mentaux de l'hormone mâle sur les enfants et les jeunes gens atteints d'insuffisance testiculaire : « disparition de la timidité, amélioration du travail, apparition de l'instinct batailleur ».

L'hyper-orchidie est également beaucoup plus nettement marquée lorsqu'elle se produit chez l'enfant. Elle est suivie d'une puberté précoce dans tous les domaines. Sacchi cite le cas d'un enfant de cinq ans et demi chez qui il a observé un virilisme physique et psychique qui a disparu par l'ablation de la tumeur causale. Chez l'adulte, on constate souvent de l'hyper-activité psycho-motrice, de la combativité et de l'érotisme.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES. — Nous voyons que, tout en reconnaissant l'insuffisance actuelle de notre savoir, les données nouvelles apportent des notions fort importantes. Elles permettent non seulement d'affirmer l'action élective des sécrétions internes sur le psychisme, mais encore de préciser et de limiter assez bien cette action. Un fait intéressant est à souligner : les diverses perturbations endocriniennes donnent naissance, avec quelques



nuances diverses, à des manifestations psychiques assez identiques. L'avenir nous fournira peut-être des possibilités d'individualiser jusqu'à un certain point des syndromes spécifiques ; encore n'est-ce pas certain, car les troubles endocriniens sont toujours complexes. Ce qui ressort présentement de nos observations, c'est l'unité, l'uniformité d'influence sur le psychisme, de sorte qu'il est déjà possible de synthétiser cette commune finalité hormonale en quelques formules assez simples. Il ne serait pas trop hasardeux de donner dès maintenant une explication de ce fait. Il est probable que toutes les glandes endocrines agissent sur les centres végétatifs du diencéphale peut-être directement, mais beaucoup plus certainement par l'intermédiaire de l'hypophyse qui, à son tour, harmonise les sécrétions périphériques. Du carrefour hypophyso-hypothalamique, vers lequel convergent toutes ces actions, partent les incitations dirigées vers les centres cérébraux supérieurs. Si le caractère psycho-dynamique uniforme apparaît ainsi en relief, c'est que ce relais glandulo-nerveux, dont la fonction essentielle s'exerce sur le psychisme instinctivo-affectif et sur le psychisme évolué, est capital. Cette influence dans sa forme pathologique se manifeste elle-même selon divers modes. Elle agit d'abord soit dans le sens de l'hyposthénie, soit dans le sens de l'hypersthénie. Il faut de plus tenir le plus grand compte des déséquilibres toniques, produits par les dérèglements endocriniens. Sous le nom de déséquilibre hormonal il faut entendre deux choses : soit la dysharmonie entre les diverses sécrétions endocriniennes, soit l'instabilité extrême entre les pôles opposés.

Les troubles de cette fonction dynamique s'observent d'une part dans le développement psychique de l'enfant et d'autre part dans l'activité mentale de l'adulte et du vieillard.

La psycho-endocrinologie ne doit pas être considérée seulement d'ailleurs sous l'angle pathologique mais aussi dans le plan normal. Bien des traits de notre psychologie dépendent de nos sécrétions internes dont le rôle est considérable dans l'individualisation de notre personnalité et de notre tempérament habituel et dans leurs variations, qui sont à la merci de quelques modifications hormonales infinitésimales. Ainsi le champ de l'activité hormonale paraît déjà plus clair et mieux circonscrit. Elle ne s'exerce pas sur le fond même de nos facultés psychiques, bien qu'elle puisse l'atteindre indirectement en perturbant son développement. Elle s'exerce surtout par l'impulsion et l'harmonisation qu'elle imprime aux centres corticaux. Elle participe puissamment à l'énergétique cérébrale, à l'animation et à la régula-

tion du tonus et de l'activité mentale, à la vitalité psychique. On conçoit combien de telles notions prendront une importance capitale, le jour où nous pourrons leur donner une consécration pratique...

**LES VITAMINES.** — Il n'est pas possible à l'heure actuelle d'étudier les hormones sans y joindre l'étude des vitamines. Leur rôle est voisin dans les processus d'assimilation et d'utilisation cellulaire des substances nutritives. Hormones et vitamines agissent souvent en étroite corrélation, soit dans un sens synergique soit dans un sens antagoniste, si bien qu'il faut souvent les associer en thérapeutique et en particulier en thérapeutique psychiatrique. La place dont nous disposons nous interdit, à notre grand regret, de nous étendre sur cette si intéressante question. Citons seulement les relations de la vitamine A et de la thyroxine, celles de la vitamine E et des sécrétions ovariennes et hypophysaires dans certaines psychoses puerpérales, celles des vitamines C et PP dans divers états d'intoxication nerveuse à retentissement mental. Enfin, il faudrait parler longuement du rôle particulièrement important de la vitamine B<sub>1</sub> dans le syndrome de Korsakoff, en particulier, et surtout dans son action nettement préventive vis-à-vis du coma anormalement prolongé au cours de l'insulinothérapie.

## II. Les troubles glandulaires dans les maladies psychiques

Cette deuxième partie marquera beaucoup plus d'incertitude que la précédente. Ceci tient à des causes multiples dont la principale est l'évolution encore insuffisante de la psychiatrie et de l'endocrinologie. A cette carence s'ajoute trop souvent, il est vrai, l'imparfaite compétence des chercheurs dans l'une ou l'autre science. La plupart des syndromes psychiques que nous venons de décrire comme liés aux perturbations endocriniennes nous apparaissent, à part peut-être la manie et quelques cas de dépression, plus élémentaires que les tableaux cliniques habituellement observés en psychiatrie et assez différents. Dans le domaine des psychoses les faits sont beaucoup plus complexes. Il faut reconnaître que la médecine mentale est une science encore inachevée. Les entités psychiatriques, dont les limites varient d'ailleurs beaucoup avec les conceptions doctrinales, sont probablement assez artificielles et ne reposent pas sur des bases biologiques bien établies. Chaque cadre nosologique répond sans aucun

doute à des pathogénies diverses. Dans les psychoses même les mieux délimitées, dans celles même où un facteur endocrinien peut être invoqué avec le plus de certitude, il n'est jamais sûr que cette étiologie soit seule en cause. Les troubles sécrétoires les mieux observés peuvent être secondaires ou accessoires. Ces troubles peuvent être sous l'influence d'un désordre mental car l'action du psychisme sur les glandes endocrines est un fait indéniable. Ils peuvent être englobés dans une perturbation organique générale qui les dépasse. La notion du terrain doit toujours être retenue. De son côté, l'endocrinologie manque encore de bases solides dans ses méthodes de recherches et dans ses applications pratiques.

Dans cette étude des troubles glandulaires dans les maladies psychiques il ne saurait être question de passer en revue toute la psychiatrie. Les notions acquises dans la première partie de notre travail nous guideront heureusement dans le choix à opérer. Pour faire œuvre utile, nous ne devons retenir que les psychoses dans lesquelles prédominent les troubles de la sthénie, de la vitalité et de la régulation psychiques. Ces états privilégiés comprennent donc une portion des arrêts de développement psychique ainsi qu'une partie des états d'excitation, de dépression, de déséquilibre et de démence précoce.

Nous n'insisterons pas sur les arrêts de développement psychique déjà esquissés et sur le déséquilibre mental dont la pathogénie est encore trop imprécise. Mais nous envisagerons certaines confusions mentales puisque nous savons que toutes les perturbations glandulaires extrêmes peuvent les provoquer.

#### ETATS D'EXCITATION

L'étude des troubles endocriniens dans les états d'excitation a fait l'objet de nombreux travaux. Jusques à présent en 1937 à la Société médico-psychologique un rapport très documenté portant surtout sur les syndromes maniaques. Ses conclusions furent très réservées. Si l'on veut entreprendre un travail fructueux il faut évidemment en extraire toutes les excitations liées à des états organiques ou symptomatiques de psychoses complexes et se limiter aux états maniaques de la « manie intermittente » ou de la « psychose maniaque dépressive » dont il est difficile de nier l'individualité clinique. Encore ne doit-on s'appuyer que sur des formes typiques indiscutables. Nous sommes là sur une base solide et sur un terrain de choix

en raison même des manifestations essentiellement dynamiques que l'on observe et de la simplicité relative du tableau clinique.

Il est peu d'auteurs qui n'admettent pas, en une vue générale, le rôle des sécrétions internes dans ce syndrome. Son évolution intermittente, le fait qu'elle coïncide avec les grandes périodes de perturbation endocrinienne, que seule, parmi toutes les psychoses, elle peut débiter aussi bien à la puberté qu'à la ménopause militent en faveur de cette opinion. Il est plus difficile d'apporter des précisions. Toutes les glandes ont été incriminées et on a songé surtout à leur hyperactivité. L'hyperthyroïdie a été souvent invoquée. Nous-mêmes, recherchant la résistance électrique du corps par la mesure de l'angle d'impédance, avons remarqué la fréquence de l'hyperthyroïdie dans la manie, tout en faisant des réserves sur les causes d'erreur et sur le sens de cette réaction. Il est certain cependant que les données cliniques et biologiques n'aboutissent qu'à des résultats assez peu concordants. Si la thyroïde est parfois en cause, elle ne semble pas constituer un facteur unique. Nous avons vu que l'hyperthyroïdie ne détermine pas en général un état maniaque pur et s'accompagne toujours d'une teinte émotive très spéciale.

On a fait valoir tour à tour l'influence de l'hyperinsulinémie, rare en vérité, de l'hypersurrénalisme, de l'hyperorchidie, de l'hyperovarie, qui peuvent provoquer parfois des états d'hypersthénie réalisant imparfaitement un accès maniaque.

G. Petit, dans une étude purement clinique, a montré qu'il existe dans cette psychose des signes pluri-glandulaires. Les faits les plus approfondis sont ceux qui se rapportent à l'hyperovarie ou plus exactement à l'hyperfolliculinémie. Stora a souvent noté une élévation du taux de la folliculine sanguine en plein accès, avec abaissement au moment de la défervescence. Il en a cité un cas particulièrement intéressant dans lequel les variations de l'hormone et du psychisme ont suivi une marche exactement parallèle et il conclut que l'origine hormonale de ce cas ne saurait faire de doute.

Des succès ont été obtenus par le traitement des états maniaques par les extraits de corps jaune et par la lutéine (Claude, Coquelin, Stora). Nous-mêmes avons tenté cette thérapeutique avec des résultats favorables. Plus récemment Guiraud et Stora soulignent l'heureuse influence dans des formes variées d'excitation de la testostérone (stérandryl) dont la formule chimique est voisine de celle de la lutéine. Il ne s'agit pas cependant d'une action constante. D'autre part, les constatations cliniques et endocriniennes sont variables et ne cadrent pas toujours avec les faits

observés, telle la fréquence de l'aménorrhée. En somme, un grand nombre d'auteurs tendent à admettre que la manie est liée à des perturbations endocriniennes multiples et assez dispersées. Il y a cependant une autre interprétation possible plus synthétique et plus rationnelle. Elle consiste à mettre en premier plan le rôle de l'hypophyse antérieure dont l'action régulatrice de l'activité cérébrale et directrice des autres glandes est aujourd'hui bien connue et qui explique la pluralité symptomatique observée. C'est pourquoi nous avons soutenu, depuis 1930, que le syndrome maniaque est lié à l'hyperfonctionnement de la pituitaire antérieure, ou plus exactement à son dysfonctionnement. Nous avons essayé de montrer non seulement les signes de ce trouble général de régulation, mais encore ceux qui relèvent des interréactions, des interférences produites secondairement entre l'hypophyse et les autres glandes, notamment la thyroïde et les glandes génitales. Nous avons tenté d'étayer notre opinion par un faisceau de preuves cliniques, biologiques et anatomopathologiques. Dans les quelques cas où nous avons pu pratiquer un examen anatomique, nous avons constaté des hyperplasies hypophysaires analogues à celles que l'on a décrites au cours de la grossesse. Nos investigations biologiques ont été plus poussées, en passant au crible de l'esprit critique les méthodes et les résultats.

Nous nous sommes attachés surtout aux tests d'hyperfonctionnement pituitaire qui se montrent positifs dans la grossesse : la réaction d'Ascheim Zondeck et la réaction des mélanophores, bien qu'on ne puisse absolument affirmer que ce soient des tests purement hypophysaires. Des réactions se sont montrées positives dans un nombre impressionnant de cas, notamment chez l'homme, ce qui nous paraît encore plus démonstratif. Les résultats qu'on nous a opposés manquent d'une base essentielle : le contrôle histologique sur lequel insiste Zondeck. Nous rappellerons un cas tout à fait objectif, cité par Mignot : une maniaque est soupçonnée de grossesse, la réaction de Zondeck est positive, l'avenir a prouvé que cette malade n'était pas enceinte.

Sans doute il n'est pas possible d'apporter des preuves d'une rigueur absolue en cette matière parce que nos connaissances sont encore insuffisantes. Il n'existe pas de méthode certaine et précise pour étudier le fonctionnement hypophysaire. Les hormones pituitaires n'ont pas encore été isolées chimiquement. Un contrôle thérapeutique est extrêmement difficile. Nous ne pouvons agir sur l'hypophyse chez les maniaques que par des voies détournées et très limitées (c'est par une influence indirecte que nous expliquons l'efficacité souvent signalée mais inconstante des



extraits du corps jaune). Cependant toutes les données nouvelles acquises depuis nos recherches tendent à démontrer le bien-fondé de notre hypothèse. Il ne s'agit plus d'une théorie, d'une pure vue de l'esprit. Nous avons vu que les lésions du complexe hypophyso-hypothalamique et les expérimentations chirurgicales pratiquées sur cette région déterminent de vrais états maniaques. Guiraud, grand défenseur de la psychiatrie hypothalamique, considère que la manie est due à l'hyperactivation des fonctions corticales par l'hypothalamus. Il a publié dernièrement avec Souriac et Fouquet deux observations d'états maniaques prolongés avec symptômes très accentués de la région hypophyso-tubérienne et dans une conversation récente il admettait qu'il n'avait pas assez souligné jusqu'ici le rôle de l'hypophyse dans la manie.

Il reste bien entendu que, même si nous avons prouvé que cet état est lié à un dysfonctionnement hypophysaire, nous n'aurions pas découvert par là la cause primitive de cette perturbation et le mécanisme de son intermittence.

#### ETATS DE DÉPRESSION

*Psychoses maniaques-dépressives.* — Ici aussi il est nécessaire de faire d'abord porter les recherches sur les cas les plus nets. Il y a lieu d'éliminer toutes les dépressions symptomatiques d'états organiques ou de psychoses complexes. Le terrain le plus favorable est la mélancolie intermittente et la psychose maniaque-dépressive. Toutefois le domaine de ces deux maladies est ici à la fois plus restreint et moins bien délimité. La mélancolie périodique est rare, la folie alterne franche est moins fréquente que la manie périodique. D'autre part, de nombreux états mélancoliques, bien que paraissant essentiels, ne peuvent pas être rattachés à la psychose intermittente. Le champ d'investigation clinique est donc plus imprécis que dans les états d'excitation. Il est naturel cependant de penser que dans la psychose maniaque-dépressive typique les modifications humorales sont de sens opposé dans la mélancolie et dans la manie. Mais cette notion est purement théorique encore, bien que l'hypovitalité générale et psychique soit évidente dans la phase dépressive. Toutes les glandes ont été ici encore mises en cause sans que la démonstration d'une pathogénie quelque peu constante ait pu être apportée. L'hypo-hypophysie, bien que probable, reste une simple hypothèse. Les méthodes biologiques donnent souvent en effet des résultats beaucoup plus vagues dans les hypo-fonctionne-

ments que dans les hyper-. La réaction de Zondeck ne nous a pas montré de modifications anormales. La méthode de l'angle d'impédance permet de noter un léger abaissement de la courbe audessous de la normale quand la dépression est accentuée. Le dosage de la folliculine souligne habituellement une légère tendance à l'hypoproducton (Stora) bien que les résultats soient variables. On a signalé des diminutions plus appréciables du métabolisme basal sans qu'il soit possible de généraliser. Il faut toutefois reconnaître que lorsqu'on peut faire des recherches chez une même malade lors de l'état maniaque et lors de l'état mélancolique, on constate des écarts incontestables et parfois très marqués. L'épreuve thérapeutique n'a pas fourni de données plus concluantes. Toutes les opothérapies ont été tentées avec des succès inconstants. Plusieurs auteurs ont publié d'heureux résultats obtenus avec la folliculine, mais d'autres n'ont pas noté la même efficacité.

*Mélancolie d'involution.* — En dehors de la psychose maniaque-dépressive on a beaucoup recherché les troubles endocriniens dans la mélancolie d'involution. Quelle que soit l'opinion que l'on ait sur l'autonomie de cette psychose, on doit reconnaître son extrême fréquence et sa place prépondérante dans la statistique des états mélancoliques. On est naturellement porté à attribuer un rôle très important aux modifications des sécrétions internes dans ce syndrome qui semble bien être la traduction psychique du trouble douloureusement conscient des centres végétatifs, de la diminution générale de la vitalité. Il est toutefois difficile de soutenir que les glandes endocrines soient en la circonstance les seules responsables. Les causes sont le plus souvent multiples.

Si nous envisageons tout de même le problème étiologique sous l'angle partiel de l'endocrinologie, il n'en reste pas moins complexe. On a surtout invoqué le ralentissement ou la suppression des sécrétions génitales et tout particulièrement de la sécrétion ovarienne. La mélancolie involutive se rencontre avec une grande fréquence chez la femme ; elle rappelle par bien des points les syndromes pathologiques observés après la ménopause naturelle ou provoquée. Cependant, la mélancolie involutive est généralement beaucoup plus tardive que la période critique. Nous avons noté aussi son apparition élective chez des femmes depuis longtemps castrées. L'ovaire paraît donc bien participer à l'éclosion des troubles, mais n'être pas un facteur exclusif. Toutes les glandes endocrines ont d'ailleurs été tour à

tour incriminées : surrénale, pancréas, thyroïde, et des manifestations cliniques ont été observées en ces divers sens. Il n'a pas été toutefois possible d'opérer des discriminations précises et constantes et la formule semble varier chez un même malade. Des travaux les plus récents il ressort que tout le système endocrinien est plus ou moins totalement et plus ou moins intensément intéressé par le processus involutif. Il ne s'agit pas surtout d'un hypo-fonctionnement généralisé, mais d'un dérèglement hormonal fort étendu, d'une dysharmonie marquée dans laquelle on peut soupçonner l'hypophyse d'être particulièrement impliquée. C'est un désarroi, une adaptation anarchique et difficile à des conditions biologiques nouvelles d'où naît sans doute le désarroi psychique. On y constate très souvent un dysfonctionnement réactionnel thyroïdien et hypophysaire.

Les tableaux cliniques sont assez conformes à ce tableau biologique : l'involution peut créer aussi bien, quoique moins fréquemment, un état maniaque qu'un état mélancolique et dans l'état mélancolique lui-même on constate toujours en réalité une sorte d'état mixte, où se mêlent, sous le signe de l'anxiété, des éléments de dépression et d'excitation éminemment variables. Les tentatives thérapeutiques ne nous apportent pas plus de précision. Les auteurs américains, surtout Werner, qui ont beaucoup étudié le côté clinique et physiologique de la mélancolie involutive, ont longuement expérimenté le traitement par le theelin (oestrone) et estiment que la folliculine semble être spécifique. Ces conclusions n'ont pas été confirmées. Nous noterons encore les bons résultats obtenus par la testostérone, par l'opothérapie hypophysaire (Laignel-Lavastine et Tinel), par l'adrénaline et les extraits surrénaux chez les malades hypotendus (Naudascher), par les extraits pancréatiques désinsulinisés chez les hypertendus (Paul Abély).

#### DÉMENCE PRÉCOCE

S'il est une psychose dont les limites soient incertaines, c'est bien la démence précoce. Son extension a pris de telles proportions qu'on peut difficilement lui accorder une unité pathogénique. On ne s'étonnera donc pas de la variabilité des constatations endocriniennes rapportées par les auteurs. Si l'on s'en tient même à la conception de Kræpelin, la confrontation des études biologiques, restreintes à ce cadre, est particulièrement décevante. Un long chapitre ne suffirait pas à énumérer tous les tra-

vaux qui n'ont abouti, il faut bien l'avouer, à aucune donnée positive bien que tout l'appareil hormonal ait été mis en cause. L'étiologie de la démence précoce, probablement très complexe, ne saurait s'étayer sur des données aussi incertaines. Si l'on admet avec Guiraud l'hypothèse très vraisemblable d'une origine sous-corticale de la schizophrénie, qui serait essentiellement caractérisée par le défaut d'ardeur vitale, on pourrait très légitimement accepter le rôle de l'insuffisance glandulaire. De nombreux auteurs pensent que ce syndrome s'accompagne d'un hypo-fonctionnement endocrinien généralisé. Nous avons bien connu un cas impressionnant : celui d'une malade parfaitement saine qui, après une ovariectomie, avait subi une radiothérapie intense portant sur la thyroïde et l'hypophyse et qui est morte de cachexie progressive après avoir longtemps présenté un syndrome hébéphrénique typique. Il faut distinguer, semble-t-il, dans la démence précoce, deux stades : 1° un stade où les troubles sont réversibles (la preuve en a été donnée par les thérapeutiques modernes) ; 2° un stade où ces troubles sont définitifs. Au stade initial, qui peut d'ailleurs se prolonger longtemps, on observe beaucoup plus, croyons-nous, une incohérence, un désordre biologique à la fois profond et variable, qu'un simple défaut d'activité ; une anarchie dynamique plutôt qu'une adynamie. C'est du moins ce que montrent, du point de vue endocrinien, la différence et l'instabilité des résultats publiés. Ces recherches ne doivent pas être absolument interprétées comme négatives. Les discordances hormoniennes qu'elles révèlent répondent bien aux discordances générales de l'activité psychique et en particulier à la discordance de l'affectivité sur laquelle nous avons insisté. Au stade chronique, les troubles sécrétoires semblent se manifester dans le sens de l'hypo-fonctionnement ; parfois aussi ils s'amendent ; c'est ainsi qu'on peut voir l'aménorrhée disparaître et l'activité ovarienne devenir normale, sans que d'ailleurs les troubles psychiques en soient améliorés.

Les résultats thérapeutiques enregistrés à la période initiale par les opothérapies aussi multiples que variées se sont montrés extrêmement différents selon les auteurs. En somme il est impossible à l'heure actuelle de préciser quelle est, dans la démence précoce, du trouble nerveux ou du trouble endocrinien le premier en date et quelles sont les relations des phénomènes psychiques et des troubles glandulaires dont l'existence ne peut guère cependant faire de doute.

## ÉTATS CONFUSIONNELS

Nous avons vu que les perturbations glandulaires extrêmes, et en particulier les sécrétions massives, peuvent déterminer des états confusionnels. Il est plus difficile, en présence d'un état confusionnel quelconque, de savoir quelle est la part possible d'un facteur endocrinien. On est le plus souvent en présence de causes diverses. Si des troubles hormonaux sont constatés, ceux-ci peuvent être secondaires à une toxi-infection générale. Il est cependant des cas dans lesquels l'étiologie endocrinienne paraît s'imposer. Nous noterons d'abord le passage assez fréquent des états maniaques aux états confusionnels et même aux délires aigus. Ils existe surtout deux sortes de psychoses qu'il faut, à ce point de vue, mettre en relief : ce sont les psychoses puerpérales et les psychoses émotionnelles. Les perturbations hormonales qui surviennent chez la femme pendant toute la période qui va de la grossesse à la lactation sont si profondes qu'on ne s'étonnera pas de leur puissant retentissement cérébral quand elles atteignent une intensité anormale ou quand elles opèrent sur un terrain prédisposé. Guiraud a montré que la plupart des psychoses puerpérales relèvent d'une pathogénie, non pas infectieuse mais endocrinienne ou plus exactement vitamino-hormonale et que leur traitement par l'opothérapie hypophysaire et la vitamine E donne d'excellents résultats. La formule clinique de ces psychoses nous paraît en déceler l'origine : l'état confusionnel laisse transparaître le syndrome plus spécifiquement hormonal d'hypo- ou d'hypersthénie psychique. L'association d'éléments mélancoliques, et plus souvent encore maniaques, aux éléments confusionnels est caractéristique des psychoses puerpérales et en signe la nature. Les psychoses émotionnelles ont, elles aussi, un tableau clinique typique qui allie l'anxiété à la confusion, et ceci semble bien répondre à des réactions endocriniennes si souvent notées dans ces cas, c'est-à-dire des décharges massives, répétées ou prolongées de sécrétion thyroïdienne et d'adrénaline dont les propriétés anxiogènes sont bien connues.

## CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

En somme, les recherches endocrinologiques, assidûment poursuivies en psychiatrie, ne nous ont apporté aucune conclusion positive. Si l'on paraît se rapprocher d'une solution, en ce qui concerne le rôle de l'hypophyse dans la manie, on est resté dans



l'incertitude devant les autres psychoses. Dans l'état actuel de nos connaissances, il est difficile d'affirmer que la présence de telle perturbation endocrinienne constatée au cours d'un cas psychopathique le conditionne ou le détermine. Il est plus difficile encore de soutenir qu'une forme de pathologie mentale soit provoquée par un dysfonctionnement hormonal spécifique et constant. Tout au plus peut-on observer que tel syndrome psychique s'associe d'une façon fréquente à un trouble endocrinien prédominant. Dans le domaine de la thérapeutique règne la même imprécision ; on n'a pas découvert de traitement opothérapique ou hormonal qui se soit montré spécifique à l'égard d'une psychose donnée. Cette incertitude tient, répétons-le, à l'insuffisance relative de nos connaissances présentes. Nous ne possédons pas de méthode sûre d'évaluation qualitative dans le fonctionnement glandulaire isolé et moins encore de procédé de dosage précis d'hormones dont beaucoup, d'ailleurs, restent jusqu'ici inconnues. Nos moyens thérapeutiques sont tout aussi réduits. L'organothérapie dans les états d'hypoactivité sécrétoire ne peut encore être maniée avec sûreté ; l'hormonothérapie elle-même reste à la période expérimentale. L'action directe sur le dysfonctionnement ou l'hyperfonctionnement est d'application plus difficile encore. La radiothérapie hypophysaire n'est guère utilisable, par exemple, dans les états maniaques. Nous sommes encore dans une période d'attente.

### III. Conclusions

Il serait cependant exagéré de faire preuve d'un pessimisme découragé. La première partie de cette étude nous a montré que des progrès importants avaient été accomplis. L'endocrinologie est une science en pleine évolution. De nouvelles données l'enrichissent chaque jour. Si des hormones restent encore à isoler, on arrive à préparer des extraits de plus en plus purifiés et de plus en plus efficaces. Les hormones connues sont des armes puissantes dont le dynamisme est tel qu'il ne faut en user qu'avec une surveillance minutieuse et une progression limitée. Dans ce domaine le plus pragmatique du traitement, les notions qui paraissent encore récentes sont déjà dépassées. Il y a peu de temps encore notamment on préconisait une opothérapie multiple modestement basée sur la recherche du schéma ou du bilan polyendocrinien. Aujourd'hui on admet que le but à atteindre

n'est pas de fixer « une comptabilité des déficiences hormonales » mais de préciser la note prédominante qui existe toujours, « la déficience de tête » (Fiessinger).

Dans les relations de la psychiatrie et de l'endocrinologie on a l'impression qu'il suffirait d'un perfectionnement relativement minime en regard du chemin parcouru, pour aboutir à des données et à des résultats tangibles. Nous entrevoyons un avenir prochain où nos cadres nosologiques seront bouleversés par les notions biologiques nouvelles qui donneront à la psychiatrie une base solide et qui transformeront nos moyens de traitement. Nous pouvons déjà préciser le champ considérable qui sera dévolu à l'hormonologie psychiatrique. Elle éclairera d'abord des diagnostics encore obscurs, diagnostics étiologiques et différentiels des arriérations, des états d'excitation et de dépression des schizophrénies, des confusions, des anxiétés, des psychoses puerpérales, pour citer les principaux exemples. Ses applications thérapeutiques curatives ou même préventives seront privilégiées. Cette œuvre se couronnera enfin par son action sur le vaste terrain de la prophylaxie mentale. Que d'espoirs sont permis dans ce domaine si l'on songe que la puberté est l'époque où débutent les dérèglements glandulaires qui persisteront peut-être toute la vie et où apparaissent un grand nombre de psychonévroses ; notre action sera capitale pour l'avenir de l'enfant lorsque nous saurons établir un contrôle hormono-psychique et lutter avec efficacité contre les perturbations hormonales. Peut-être pourrons-nous aussi atténuer un jour une partie des misères de l'âge critique et de l'involution. En attendant cet avenir, qui n'est pas aussi chimérique qu'il peut le paraître, nous devons, dans la phase d'expectative où nous nous trouvons présentement, savoir patienter, observer, accumuler les cas, retenir les contradictions et éviter les déductions trop hâtives.

---

## PSYCHIATRIE ET PSYCHOLOGIE

### *Les tendances actuelles de la psychologie et leurs applications à la clinique psychiatrique*

PAR

JEAN DELAY

L'histoire de tout progrès est celle d'un développement dialectique et sans doute était-il nécessaire qu'à un moment donné de son évolution la Psychiatrie ait cherché à renier la Psychologie. A l'heure où l'étude des maladies mentales commençait à se constituer comme science, la Psychologie était encore une discipline philosophique. A Kant, donnant dans son *Anthropologie* une description des maladies mentales telles qu'elles devraient être d'après ses thèses épistémologiques, il était inévitable que des cliniciens ne répondent en bannissant toute psychologie comme une spéculation *à priori*, superflue, voire dangereuse. Mais il faudrait tout ignorer de l'évolution de la psychologie pour vouloir prolonger cette querelle : par un lent travail d'objectivation elle s'est peu à peu affranchie des spéculations ontologiques et des préoccupations normatives jusqu'à s'affirmer comme la science positive de l'esprit, qu'on ne saurait dès lors opposer sans paradoxe à la science de ses maladies. Après l'œuvre de Janet et de Kræpelin, de Freud et de Bleuler, la cause est désormais entendue.

Si du point de vue des applications à la clinique mentale on cherche à dégager les grandes tendances actuelles de la psychologie, on peut sans trop d'arbitraire les systématiser sous trois chefs à savoir, les progrès de la psycho-physiologie, la réaction contre une certaine conception atomistique, mécaniciste et intellectualiste de la vie de l'esprit qui atteint son apogée à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, enfin les tentatives pour constituer une caractérologie.

## I. — Les progrès de la psycho-physiologie

La psycho-physiologie qui s'efforce d'étudier les faits psychiques non plus par l'observation intérieure mais à l'aide de techniques empruntées à la physique, à la chimie, aux disciplines expérimentales, a fait en un demi-siècle des progrès considérables.

La *psycho-physique* a appris à faire usage de la mesure et s'est appliquée à devenir quantitative réalisant ainsi le vœu d'Herbart qui souhaitait « appliquer à la vie de l'âme la mesure des grandeurs et le calcul ». Les laboratoires de psychologie se sont de nos jours multipliés notamment en Allemagne et aux Etats-Unis. En France, dans le laboratoire créé à la Sorbonne par Beaunis, Alfred Binet mit au point en 1905 avec Th. Simon une « échelle métrique de l'intelligence », la méthode des tests qui a rendu à la Clinique psychiatrique des services réels. L'étude expérimentale des fonctions intellectuelles a été peu à peu perfectionnée et dans certains domaines comme celui de la sensation, elle a acquis une rigueur quasi-mathématique : j'ai montré dans mon ouvrage sur les astéréognosies (1) l'utilité de ces procédés de laboratoire dans l'étude de la pathologie des sensibilités. Dans ces dernières années, la psycho-physique s'est enrichie d'une technique nouvelle : l'électro-encéphalographie. Elle a déjà apporté une contribution importante à des problèmes de psycho-physiologie comme ceux de la sensation, du sommeil, du retentissement du travail intellectuel ou de l'émotion sur l'encéphale, et à des problèmes de psychopathologie : déficits sensitifs et sensoriels, démences organiques et oligophrénies, et surtout épilepsies. Mais il faut se défendre de tout engouement et rien ne permet d'affirmer avec des protagonistes ardents qu'il s'agit là d'une « méthode appelée à bouleverser la psychiatrie ». Jusqu'à présent toutes les investigations encéphalographiques dans les psychoses ont échoué. D'autre part certains avaient cru que les ondes cérébrales étaient le corollaire physiologique de l'activité psychologique consciente, cette hypothèse est aujourd'hui controuvée (2).

La *psycho-chimie* étend ses investigations aux conditions

(1) Cf. Jean DELAY. — *Les Astéréognosies*. Masson, 1935.

(2) Cf. Jean DELAY. — 1) *Les Ondes cérébrales et la Psychologie*, 1 vol. Encyclopédie philosophique. P.U.F. 1942. — 2) *L'Electro-encéphalogramme normal et pathologique* (en collaboration avec Yvan Bertrand et Mlle J. Guillaïn), 1 vol., Masson, 1939.

humorales des faits psychiques. Non seulement elle précise les relations entre l'activité mentale et les grands métabolismes mais sur un plan plus général elle revendique tout le problème des rapports de l'activité mentale avec les hormones et les vitamines. Il s'agit là en effet de substances chimiques dont la composition est aujourd'hui connue et peut être, au moins pour certaines d'entre elles, reproduite par synthèse. Or les déficits hormonaux et les carences vitaminiques jouent un rôle incontestable dans l'étiologie de certains troubles mentaux, encore qu'il ne faille pas grossir démesurément leur importance. La thèse endocrinienne en psychopathologie a en effet donné lieu à des exagérations regrettables. On sait par exemple depuis les travaux de Brown-Sequard, de Pézard, de Caridroit, que les caractères sexuels primaires et secondaires et par conséquent certaines particularités du caractère sont sous la dépendance des hormones sexuelles. On a récemment prétendu que ces substances chimiques, dont la structure moléculaire est plus ou moins proche du cholestérol, rendaient compte de toutes les aberrations et perversions sexuelles. Or s'il est vrai que les déficits gonadiques entraînent des troubles de l'instinct génésique, ceux-ci qui s'accompagnent alors de perturbations métaboliques et d'anomalies morphologiques, ne constituent qu'un groupe très restreint par rapport à l'ensemble des perversions sexuelles. La plupart de celles qu'il est donné au psychiatre d'observer surviennent chez des individus dont la constitution somatique est normale, qui ne présentent aucun trouble glandulaire et ne sont nullement justiciables des opothérapies complémentaires. Il ne s'agit pas ici de déficit hormonal mais bien d'une organisation névrotique de l'imagination, de l'affectivité, de la personnalité tout entière. Toute l'expérimentation sur la chimie des instincts a été faite sur l'animal ; à vouloir trop rapidement inférer de l'animal à l'homme, on risque des généralisations erronées : la sexualité n'a pas chez lui la simplicité périodique qu'elle a chez les batraciens et les gallinacés. Au dessus d'une infra-structure organique, il y a toute une supra-structure sentimentale et intellectuelle qui retentit sur la première et la transforme profondément. La thèse hormonale des perversions néglige cette supra-structure dans laquelle la personne humaine se trouve tout entière engagée. Elle oublie que la sexualité remplit l'entre-deux : elle est à la limite une sécrétion, à l'autre limite une transformation magique des rapports entre le moi et le monde.

C'est cette même difficulté à conclure de l'animal à l'homme qui rend aléatoires et fragmentaires les résultats obtenus par la



*réflexologie*. On connaît les tentatives expérimentales de Pavlov et de son école pour remplacer la psychologie par une physiologie cérébrale basée sur les réflexes conditionnés. Les réflexologistes cherchent à interpréter l'activité mentale en fonction de l'activité nerveuse supérieure des hémisphères cérébraux, eux-mêmes considérés comme des complexes d'analyseurs sensoriels. Cette notion d'analyseurs cérébraux s'est montrée d'une réelle valeur heuristique, c'est ainsi qu'elle permet une théorie générale des agnosies, consécutives aux lésions des analyseurs, et une théorie de l'hystérie sensitivo-motrice, consécutive à leur inhibition. D'une façon générale, les mécanismes de l'inhibition et de l'excitation fondent à peu près exclusivement les thèses pavloviennes sur l'interprétation des névroses expérimentales qu'on a naturellement assimilées aux névroses humaines. Cependant on peut se demander si le système réflexologique, incontestablement original quant aux méthodes, a réellement apporté à la psychopathologie des résultats nouveaux et si son œuvre ne s'est pas jusqu'à présent bornée à traduire en termes de comportement glandulaire des observations depuis longtemps acquises par la psychologie associationniste, par exemple le rôle déterminant de l'événement dans la genèse de certaines névroses. Aussi bien ne saurait-il prétendre à donner une psychopathologie générale, il suffit pour s'en convaincre de relire les essais de synthèse tentés par Bechterew, ils nous paraissent démontrer qu'il n'y a pas profit, même pour un grand physiologiste, à faire délibérément table rase de la culture psychologique.

La réflexologie s'apparente au *behaviorisme*, comme Watson l'a lui-même précisé : « Bien que le behaviorisme n'ait pas utilisé les méthodes de réflexe conditionné, on doit admettre que Pavlov et Bechterew ont fourni la clef de voûte de notre construction. » Le behaviorisme considère que le domaine de la psychologie ne consiste qu'en mouvements observables et que le comportement des êtres humains peut toujours se décrire en termes de « stimulus et réponses ». En France, une méthode un peu analogue mais d'esprit infiniment plus large a été mise en œuvre par mes maîtres, Henri Piéron et Pierre Janet. Elle étudie objectivement non seulement les réactions purement physiologiques, mais aussi les comportements sociaux, engendrés par l'influence de la collectivité, et notamment le langage, le plus complexe et le plus nuancé des comportements. La psychologie ainsi comprise devient la description des conduites humaines et l'œuvre de Pierre Janet sur la pathologie des conduites témoigne de la fécondité de ses applications à la clinique.

Mais si utile que soit la thèse béhavioriste ainsi entendue dans un sens singulièrement élargi par rapport au watsonisme orthodoxe, elle ne saurait faire abandonner le point de vue introspectif. L'introspection attaque du dedans ces mêmes fonctions que la psychologie du comportement attaque du dehors, on ne saurait y renoncer sans s'exposer au risque de traiter géométriquement des choses fines.

## II. — La réaction contre l'atomisme mécaniciste

A la fin du siècle dernier, l'abus de la méthode d'analyse avait abouti à une décomposition artificielle de la vie de l'esprit, dont le livre de Taine sur l'Intelligence représente l'expression achevée. Cette doctrine qui a reçu le nom significatif d'atomisme psychologique était à la fois l'aboutissant de l'associationnisme et du sensualisme. Au commencement est la sensation et c'est d'elle que tout découle, les images et les idées, les images ne sont que des sensations reviviscentes et les idées des images départicularisées. Ainsi, dès qu'elle est révélée à la sensation, l'idéale statue de Condillac s'éveille-t-elle à toutes les complexités de la vie mentale. L'atomisme a sa réplique sur le plan cérébral, c'est le mécanicisme, qui loge les images, entités statiques, dans des groupes spécialisés de cellules cérébrales. Ces doctrines ont eu un retentissement considérable et c'est sur elles que s'est édifiée la psychopathologie classique, celle de Wernicke et de Charcot, elles ont encore leurs défenseurs et sous-tendent les thèses d'un Kleist ou d'un Clérambault.

### DE L'ATOMISME A LA PHÉNOMÉNOLOGIE

La chimie mentale de Taine prétendait découvrir les éléments derniers, les atomes qui, se combinant selon les lois de l'association, reproduisent par juxtaposition la structure de l'esprit. Jouffroy et surtout Maine de Biran s'étaient élevés contre ces conceptions artificielles, mais la réaction prit toute sa vigueur avec William James et avec Bergson. James opposa à ces dissociations l'intuition fondamentale de la mobilité et de la continuité du courant de conscience, il décrit à côté des « états substantifs », les « états transitifs », sentiments de « et », de « car », de « pour », de « mais », sentiments de relation correspondant aux directions de la pensée. L'importance des attitudes mentales par rapport aux images fut confirmée par les techniques

d'introspection expérimentale, instituées par Alfred Binet et par l'Ecole de Würzburg, avec Külpe, Marbe, Bühler et Messer. Enfin Bergson opposa au moi superficiel, composé d'états bien définis, nets, précis, mais immobiles, le moi fondamental, confus, continu, infiniment mobile, et par une généralisation hardie il opposa au monde de l'espace et de la quantité, accessible à l'intelligence et au langage, le monde des données immédiates de la conscience, le monde du temps et de la qualité, accessible à l'intuition. C'est cette même réaction contre l'atomisme que manifestent les deux grands mouvements psychologiques actuels qui ont eu sur la psychiatrie, particulièrement en Allemagne, une influence indéniable : la *gestalttheorie* et la *phénoménologie*.

Les atomistes avaient admis que la représentation des objets se construit, à partir de la sensation comme élément premier, par une addition successive d'images, à la façon du polypier de Taine. Or, les gestaltistes ont au contraire établi que dans tous les domaines de la vie mentale, nous appréhendons d'abord non des poussières d'éléments qu'une synthèse secondaire viendrait organiser mais bien des structures globales, les « Formes ». Avant toute analyse et toute synthèse, il y a un stade initial où l'esprit saisit immédiatement l'intention ultime d'un ensemble. Ce terme de « Forme », au sens dans lequel l'emploient les gestaltistes, correspond assez exactement à ce que Renan appelait le « synchrétisme ». On se souvient de cette page de l'« Avenir de la Science » dans laquelle Renan envisage que l'esprit humain dans sa marche vers la connaissance passe par les trois stades de synchrétisme, d'analyse et de synthèse. La perception initiale est globale et les études expérimentales de Kohler sur la perception animale aussi bien que celles de Jean Piaget sur la perception de l'enfant ont expérimentalement démontré l'universalité de son caractère synchrétique. Les thèses gestaltistes se sont vérifiées en psychopathologie, et d'abord dans leurs applications à la pathologie de la conscience symbolique, à ce qu'on peut appeler d'un terme générique les *asymbolies* : agnosies, apraxies, aphasies. Ayant examiné à la Clinique neurologique de la Salpêtrière une agnosie tactile pure, j'avais constaté que la malade, incapable de reconnaître les objets par le toucher, différenciait cependant leurs plus subtiles qualités de forme et de matière. Après un temps très long, pendant lequel elle avait épelé pour ainsi dire toutes les particularités de l'objet, elle arrivait cependant à l'identifier ; ce qui était donc aboli chez elle c'était la reconnaissance immédiate, le caractère synchrétique de la perception. Ces particularités se retrouvent trait pour trait dans les observations de

Gelb et Goldstein sur l'agnosie visuelle pure. Dans l'un et l'autre cas, les processus d'analyse et de synthèse étant intacts, le déficit portait exclusivement sur l'appréhension immédiate de la « Forme ». J'ai proposé d'appeler ces troubles « asymbolies ou agnosies sémantiques » pour souligner leur parenté avec la variété d'aphasie décrite par Henry Head sous le nom d'aphasie sémantique ; son essai d'analyse psychologique de l'aphasie apporte lui aussi confirmation des thèses gestaltistes, qu'il semble d'ailleurs avoir ignorées. Il rejoint ainsi les travaux de Kurt Goldstein et de von Monakow tendant à prouver qu'en matière d'aphasie comme dans les autres lésions cérébrales il n'existe pas dans le psychisme de désordres strictement isolés et que les déterminantes individuelles d'un trouble cérébral ne forment que les parties dépendantes d'un tout structural, d'une « gestalt » dont on ne peut qu'artificiellement abstraire les éléments.

Le point de vue gestaltiste ou structuraliste peut être étendu à l'ensemble de la clinique neuropsychiatrique. Les séméiologistes inspirés par l'atomisme cherchaient à décomposer chaque tableau clinique en ses éléments les plus simples de façon à retrouver des symptômes élémentaires répondant au trouble respectif de chacune des facultés que l'école enseigne à distinguer. Le symptôme élémentaire était volontiers tenu pour le symptôme primordial, celui à partir duquel s'élabore toute la genèse de la psychose. Cette méthode a abouti à des découpages assez artificiels isolant souvent sous le nom de symptôme élémentaire un trouble en réalité fort complexe, ainsi de l'hallucination considérée par les atomistes comme un simple trouble de la perception, générateur de délire, alors qu'elle implique elle-même tout un délire, un bouleversement structural de la conscience témoignant d'un profond remaniement dans l'appréciation des valeurs de réalité. Les structuralistes s'efforcent au contraire de restaurer la valeur d'ensemble clinique, admettant que l'ensemble est autre chose que ses éléments et ne peut se déduire de ses parties, ils s'efforcent de saisir le tout tel qu'il est immédiatement donné à l'intuition clinique, à savoir une certaine organisation structurale de la conscience, une *conscience morbide*.

Charles Blondel, ce phénoménologiste avant la lettre, avait soutenu la thèse de l'unité de la conscience morbide et de son caractère incommensurable à notre conscience d'adulte blanc et civilisé. Or, le profane trace dans la vie psychique anormale une ligne de démarcation très nette grâce à un critère dont il était réservé à Karl Jaspers de dogmatiser l'usage : la *pénétrabilité*. Il est des consciences morbides pénétrables et des consciences mor-

bides impénétrables. Les premières nous sont plus ou moins aisément compréhensibles sur le plan des catégories logiques. Telle la conscience paranoïaque dont le délire cohérent se développe selon la définition de Kræpelin « avec une conservation parfaite de l'ordre et de la clarté dans la pensée, le vouloir et l'action ». Telles les consciences cyclothymiques dont les thèmes délirants, quelle que soit leur apparente incohérence, s'organisent toujours en définitive autour d'instances affectives qui leur donnent une unité : hyperthymie expansive et euphorique pour la conscience maniaque, hyperthymie rétractile et douloureuse pour la conscience mélancolique. Au contraire, les consciences impénétrables, telle la conscience du schizophrène, nous placent devant un mur et répondent à la signification archaïque et populaire du vieux terme de folie. A vrai dire, elles ne nous sont pas absolument fermées, à condition de chercher à les aborder non sur un mode logique mais sur un mode analogique. Nous avons tous plus ou moins l'expérience intime de la folie et cette expérience est celle du rêve. La pensée du rêve est en effet désocialisée, étrangère aux principes rationnels d'identité et de causalité qui sont l'œuvre de la société, elle lui est véritablement aliénée. L'organisation du rêve, libérée de la censure sociale, est une organisation autistique comme l'est celle du schizophrène : l'expérience onirique, de même que l'expérience paranoïde, nous donnent accès à l'autisme. On a également essayé de pénétrer la conscience schizophrénique en se référant à des mentalités prélogiques : rien ne ressemble davantage à une pensée qui n'a plus de logique qu'une pensée qui n'en a pas encore, d'où les comparaisons faites par Tanzi et par Storch avec la pensée archaïque et primitive, telle qu'elle nous est aujourd'hui connue par les travaux des psycho-sociologues sur les fonctions mentales dans les sociétés inférieures.

Aussi bien la pénétration dont il doit être fait usage ne saurait-elle être seulement discursive, mais bien, comme le veulent les phénoménologues, intuitive. Il convient d'utiliser ici largement l'*Einfühlung*, cette sorte de sympathie symbolique analogue à l'intuition bergsonienne, qui nous fait coïncider avec l'essence d'un objet dans ce qu'elle a d'unique et d'inexprimable. Il va de soi que ces expériences ne sont pas facilement transmissibles et nécessitent des séries d'approximations verbales suggestives. L'expression verbale de l'ineffable se fait jour à travers des tentatives métaphoriques où Charles Blondel a pu voir un caractère fondamental des expériences morbides, échappant au langage parce qu'elles ont été vécues en dehors de lui.



Les études de Binswanger sur la fuite des idées du maniaque, celles de Mayer-Gross sur la pensée onirique spontanée ou provoquée par l'ivresse mescalinique, celles de Martin Heidegger sur le concept d'angoisse, celles de Minkowski sur le temps vécu, apparaissent autant d'illustrations de la méthode phénoménologique en psychiatrie. Elles soulignent à l'envi le caractère artificiel et primaire des analyses classiques qui, en essayant de réduire le phénomène à des troubles systématiques des grandes fonctions mentales (associative, perceptive, mnésique), vident l'essence morbide de son contenu le plus significatif, à savoir un bouleversement qualitatif des données immédiates de la conscience et spécialement des intuitions temporelles, le passage d'un Etre dans le monde à un autre Etre dans le monde. C'est ce que montrent aussi les recherches de Jaspers sur l'expérience déli-rante primaire. Aucun symptôme élémentaire ne saurait rendre compte de son caractère global, qui témoigne d'une révolution qualitative. « Je ne sais pas ce qu'il y a, mais il y a quelque chose et tout est transformé. » Ainsi se trouve réhabilitée cette notion du « Fait primordial » introduite par Moreau de Tours. Les Erlebnis qui rythment l'évolution de la psychose en constituent les moments féconds : on voit combien s'élargit le cadre des psychoses à point de départ onirique et l'importance génétique des épisodes oniroïdes. Cependant la méthode phénoménologique, par le fait même qu'elle nécessite une attitude d'abandon à la subjectivité totale, ne saurait être sans danger généralisée ni substituée aux méthodes classiques. Elle a surtout le mérite de corriger la sécheresse analytique des exposés traditionnels par la description suggestive d'expériences concrètes et vécues.

#### DU MÉCANICISME AU DYNAMISME

L'atomisme psychologique a pour corollaire le mécanisme cérébral. On connaît cette doctrine selon laquelle les éléments de la vie mentale, et spécialement les images, seraient des entités statiques étroitement localisables. Chaque cellule cérébrale serait douée du mystérieux pouvoir de subir une impression et de la restituer sous forme d'image ou de sensation reviviscente. Le cerveau serait un « polypier d'images » fait de centres d'images visuelles, auditives, tactiles, se superposant aux centres sensoriels correspondants. La critique bergsonienne des centres d'images à laquelle fit écho dix ans plus tard l'étude de Pierre-Marie sur l'aphasie a fait justice de la notion d'image statique, cliché déposé dans la matière cérébrale, telle que se la représentait la

psychologie atomistique de Taine, la physiologie cérébrale de Wernicke et de Charcot. L'image doit être conçue comme un processus dynamique d'évocation, un schème dynamique qui se développe en représentations de plus en plus concrètes. Les découvertes de l'électro-physiologie cérébrale ressuscitant de façon inattendue la vieille hypothèse cartésienne du frayage permettent d'entrevoir dans une certaine mesure le substrat de cette réalisation dynamique de l'image.

La pathologie mécaniste des centres d'images se réduisait aux deux concepts d'*excitation* et de *destruction*. A l'excitation, répondait l'hallucination, cette « épilepsie des centres sensoriels » comme la définissait Tamburini ; à la destruction, l'amnésie sous ses différentes formes d'agnosies ou d'aphasies, selon qu'il s'agissait des centres d'images sensorielles ou des centres d'images verbales. Or, cette opposition entre l'excitation et le déficit n'apparaît plus aussi simple : Bergson, dont les idées ont été reprises par von Monakow et Mourgue, s'est demandé « si dans le domaine de l'esprit la maladie et la dégénérescence sont réellement capables de créer quelque chose, et si les caractères positifs en apparence qui donnent ici au phénomène anormal un aspect de nouveauté ne se réduiraient pas quand on en approfondit la nature à un déficit du phénomène normal ». Si l'on accepte cette hypothèse il n'y aura pas lieu de chercher pour expliquer ces phénomènes en apparence nouveaux une cause active qui les produise, ils se fabriquaient déjà en temps normal mais ils étaient empêchés de paraître par des mécanismes antagonistes constamment agissants. En d'autres termes, les phénomènes décrits comme relevant de l'« excitation » pourraient seulement traduire une « libération » d'instances normalement inhibées par des instances supérieures. C'est ici que la pensée bergsonienne rejoint une autre pensée, née d'un tout autre point de l'horizon scientifique, nourrie de l'évolutionnisme et de Spencer, celle du neurologue anglais Hughlings Jackson. Jackson considère les maladies du système nerveux comme des régressions de l'évolution, c'est-à-dire des dissolutions, et il écrit dans ses « Croonian Lecture » : « La symptomatologie des maladies nerveuses a une condition double : un élément positif et un élément négatif. L'évolution n'étant pas entièrement dissoute, un certain niveau d'évolution persiste. Dire « subir la dissolution » équivaut à dire « être réduit à un niveau inférieur d'évolution qui persiste ». Les conceptions de Jackson ont été appliquées sur une large échelle par le Professeur Claude et Henri Ey à la clinique psychiatrique. Pour nous en tenir aux deux problèmes

extrêmes, celui des hallucinations et celui des amnésies, il est certain que la thèse dynamiste les pose et les résout d'une façon toute différente du mécanicisme. L'*hallucination* n'est plus considérée comme une excitation des centres sensoriels, celle-ci engendre seulement l'hallucinoïse, c'est-à-dire une fausse perception dont le sujet n'est pas dupe, mais l'image ne devient, par sa seule force, perception que lorsque fait défaut tout l'appareil de distinction du réel et de l'imaginaire, par suite d'une dissolution du niveau mental. Ainsi l'hallucination appartient non à la pathologie de la perception mais à celle de la croyance : elle n'est pas un phénomène psycho-sensoriel élémentaire, un fait d'esthésie qui engendre le délire, elle est elle-même un délire. Quant aux *amnésies* (1) elles ne sauraient être expliquées, comme le veut la thèse mécaniciste, par une destruction des centres d'images. Nombreux sont les faits cliniques et thérapeutiques qui montrent que les souvenirs ne sont pas détruits par les lésions cérébrales, ils ont seulement disparu, et sous des influences diverses, un choc, une thérapeutique, ils peuvent ressusciter brusquement. Cette conjoncture inexplicable, s'il y avait eu destruction d'images statiques déposées dans le cerveau, ne l'est plus si la lésion cérébrale, génératrice d'amnésie, entraîne seulement un trouble de la réalisation dynamique des images. Celles-ci ne sont pas détruites, elles ne savent plus où se prendre, elles ont perdu leur point d'appui, leur point d'insertion au réel. Tout se passe comme si le cerveau représentait un appareil d'actualisation grâce auquel l'image passait de la puissance à l'acte, de l'existence virtuelle à l'existence réelle, ainsi rejoignons-nous la conception bergsonienne du rôle du cerveau dans la mémoire. D'autre part, l'amnésie n'a pas un aspect de tout ou rien, elle suit un ordre, les tenants de la thèse mécaniciste ne pouvaient l'expliquer que par une extension en tache d'huile de la lésion cérébrale, intéressant par exemple les couches les plus superficielles du cerveau où se localiseraient les souvenirs récents, avant les couches les plus profondes où se localiseraient les souvenirs anciens. Cette conception est périmée. La marche de l'oubli n'obéit pas à des contiguïtés spatiales fortuites mais à la loi de dissolution de la fonction mnésique allant du complexe au simple et du volontaire à l'automatique. La variabilité de l'amnésie s'explique par les oscillations de la tension psychologique ; ainsi la charge affec-

(1) Cf. Jean DELAY. — 1) *Les dissolutions de la mémoire*. Bibl. Philosophie contemporaine, P.U.F. 1942. — 2) *Les maladies de la mémoire*. N. Encycl. Philosoph. P.U.F. 1942.

tive d'un souvenir peut brusquement faciliter son intégration dans une série automatique et permettre une évocation apparemment trop difficile. Une théorie dynamique de l'amnésie est seule capable d'expliquer son caractère si frappant de progression et de variabilité et seule elle rend compte de cet aspect positif des troubles mnésiques qui caractérise ce que nous avons appelé les « délires de mémoire » : fabulation, ecmnésies, hypermnésies oniriques, paramnésies, dont l'association à l'amnésie chez des korsakowiens, ou des presbyophrènes était reçue comme paradoxale. Enfin, ce n'est pas le moindre mérite des conceptions dynamistes que de s'inscrire en réaction contre l'intellectualisme excessif des postulats mécanicistes : elles restaurent le primat de l'affectivité. Celui-ci se manifeste aussi bien dans la genèse des oscillations mnésiques que dans les contenus hallucinatoires dont les thèmes sont généralement chargés des instances affectives de la personnalité.

### III. — Vers une caractérologie

La psychologie scientifique s'est attachée à l'étude des fonctions mentales et de leurs lois, beaucoup plus qu'à celle des personnalités humaines. Elle a généralement abandonné l'analyse des caractères à la littérature, et il faut reconnaître qu'en regard des observations géniales d'un Shakespeare ou d'un Balzac, d'un Dostoïevsky ou d'un Proust, les efforts pour constituer une caractérologie scientifique apparaissent souvent dérisoires. Cependant, à côté d'une psychologie générale qui tend à devenir une physiologie de l'esprit, il y a place pour une caractérologie qui serait une histoire naturelle des esprits. S'il est nécessaire à un psychiatre de connaître les fonctions perceptives, mnésiques ou critiques pour comprendre les agnosies, les amnésies ou les délires, il ne lui serait pas moins utile de connaître la genèse du caractère du jaloux, du mystique ou du menteur pour comprendre les jalousies morbides, les délires mystiques ou la mythomanie. Certains pensent que l'infinie variété des types humains rend une telle entreprise chimérique ; si audacieuse soit-elle elle vaut d'être tentée en se basant sur les plus objectives des disciplines psychologiques : la *psycho-biologie* et la *psycho-sociologie*.

Les corrélations somato-psychiques entre le tempérament et le caractère, particulièrement les corrélations humorales et hormonales, ont servi de point de départ à diverses bio-typologies. Une de ces sciences a pris un développement tout à fait remar-

quable, à savoir la morphologie. L'œuvre de Kretschmer témoigne de son importance en clinique psychiatrique : si elle est critiquable dans certaines de ses expressions elle n'en a pas moins souligné des distinctions fort importantes, telle l'opposition entre le type pyknique des cyclothymes et le type leptosome des schizothymes. Ludwig Klages, qui, en Allemagne, est à la tête du mouvement caractérologique, écrit que la psychologie doit être avant tout une morphologie. « Toute forme est toujours extérieure et aucune science de la vie intérieure ne saurait renoncer aux indications directrices de ses formations sensibles. Nous ne tenons pas seulement pour parentes la considération psychologique et la considération physiognomonique, nous croyons qu'au fond elles sont identiques. » Klages va même jusqu'à prétendre que la psychologie n'a rien à apprendre de l'étude du système nerveux mais doit approfondir la connaissance des formes : « S'il nous était permis de faire un paradoxe nous recommanderions l'étude, non des nerfs de l'homme, mais de sa surface ».

Si les facteurs biologiques déterminent l'individu, les facteurs sociologiques créent le personnage. Caractère signifie étymologiquement empreinte et l'histoire d'un caractère est dans une large mesure celle de ses contacts. Chacune des fonctions sociales que nous avons exercées à l'intérieur d'un groupe, familial, professionnel, religieux, national, politique, a créé en nous un certain personnage et les conflits entre nos tendances et celles du groupe ont engendré nos caractères. Freud (1) a surtout interprété ces conflits dans le sens d'un refoulement de la libido (c'est-à-dire en définitive de l'hédonisme) par la censure sociale, Adler y a vu le heurt de la volonté de puissance contre les impératifs de la collectivité. Le clinicien cherchant à déceler les réactions pathologiques et à les distinguer des réactions normales est tout naturellement amené à tenter une classification de ces situations vitales et sociales. C'est ainsi que dans le groupe familial, les rapports avec les parents peuvent avoir une influence déterminante créant des complexes affectifs, par exemple le complexe d'Œdipe. C'est ainsi que dans le groupe professionnel, des situations comme l'échec ou le succès peuvent entraîner des psychoses réactionnelles d'infériorité ou de responsabilité.

Ainsi, dans l'étude de la personnalité il convient d'abord de distinguer ce qui revient à l'individu et au personnage, au « bios » et au « socius ». Mais la personnalité n'est pas seule-

(1) Les rapports de la psychologie analytique et de la psychiatrie seront envisagés dans un mémoire ultérieur.



ment le point de rencontre du biologique et du social, elle est quelque chose de plus, le fruit d'une synthèse créatrice, d'un lent travail de réaction de soi sur soi nous modelant incessamment sur le type de l'idéal que nous avons conçu et qui vient se poser sur notre visage comme le masque de l'acteur antique — *persona* (1) — au dernier acte de la tragédie.

Je pense qu'une caractérologie doit être conçue sur le triple plan biologique, sociologique, psychologique répondant à l'*individu*, au *personnage* et à la *personne*. Elle apparaît nécessaire à la compréhension des psychoses qui représentent selon la définition de Jaspers un développement de la personnalité. On sait que Jaspers les oppose à celles qui sont conditionnées par un processus exogène et représentent une rupture de la personnalité. Cette opposition entre *développement* et *processus* rejoint dans une certaine mesure la grande distinction phénoménologique entre *comprendre* et *expliquer* (*Verstehen* und *Erklären*). « Comprendre » s'applique à tout l'ensemble des relations de compréhension qui nous permettent de pénétrer l'essence d'une conscience morbide. « Expliquer » s'applique à l'ensemble des relations causales. Or, dans la mesure où l'on admet une psychogénèse, comprendre et expliquer se confondent et l'explication n'est qu'une compréhension génétique : ainsi en est-il des psychoses qui apparaissent comme le développement d'une personnalité, par exemple la psychose paranoïaque, épanouissement de la personnalité paranoïaque. Par contre, dans les psychoses consécutives à un processus exogène, le domaine de la compréhension se sépare nettement de celui de l'explication. C'est ce que montrent par exemple les travaux de Bleuler sur la schizophrénie, distinguant les signes primaires en rapport direct avec le processus organique et les signes secondaires qui témoignent de la réaction propre de la personnalité. Ainsi, même dans le cadre des psychoses organiques, la psychologie a son domaine, comme la biologie a le sien. A l'une de comprendre, à l'autre d'expliquer.

---

(1) *Persona* = masque.

# L'APPORT DES TESTS MENTAUX A LA PSYCHIATRIE

PAR

TH. SIMON

Il faudrait sans doute remonter assez loin pour trouver l'idée de recourir à des épreuves psychologiques pour l'étude d'un malade mental. En prenant le mot test dans ce sens assez général d'épreuve qu'il avait d'ailleurs à l'origine, on peut dire en effet que présenter des objets à un aphasique pour les lui faire nommer est un test, et, *a fortiori*, un test d'épreuve de Roux et Thomas, qui consistait à faire lire des mots écrits en disposant verticalement les lettres du mot au lieu de les présenter dans leur ordre usuel de succession. Toutefois la véritable introduction des tests date de l'établissement entre 1905 et 1911 d'une échelle de tests destinée à mesurer l'intelligence des jeunes enfants. C'est de cette époque qu'a commencé vraiment la mode des tests. D'emblée, il a été fait application des tests à l'aliénation, et celle-ci s'est peu à peu étendue à mesure que des tests nouveaux étaient imaginés sur le modèle de ceux que je viens de rappeler, ou, à leur instar, autour du caractère. Toutefois, l'utilisation des tests en aliénation reste jusqu'ici fragmentaire et modéré. Deux raisons principales paraissent en rendre compte. En premier lieu les préoccupations des médecins d'asile se sont depuis quelques années orientées vers la recherche de signes organiques ou de traitement plutôt que vers une analyse des malades ; la clinique mentale n'apportait plus rien ou même avait déçu ; les classifications auxquelles avait conduit la seule étude psychologique des malades par la conversation et la description de leurs troubles mentaux se heurtaient à des difficultés qui paraissaient insolubles par cette seule voie ; des diagnostics primitivement malaisés se faisaient avec moins de peine et plus

de certitude par de simples examens du liquide céphalo-rachidien ; les traitements de choc retenaient aussi l'attention, et il ne semblait pas qu'une connaissance psychologique fût nécessaire pour les conduire comme on était autrefois tenté de le penser lorsque l'aliéniste était réduit à une thérapeutique morale. En second lieu la psychologie même avait reçu une impulsion fort spéciale de théories toutes nouvelles et justement passionnantes : chercher dans l'inconscient, sous la direction de Freud, l'origine de notre psychologie, et, dans des poussées anormales de l'inconscient, la source des délires, est tentant à bien des égards, probablement juste en partie, et ne pouvait manquer de mettre en mouvement l'imagination des psychiatres.

Seulement tout cela détournait des tests, de leur emploi systématique et terre à terre, d'autant plus qu'ils n'apportaient en effet à l'aliénation qu'une finesse d'appréciation dont la violence de l'aliénation paraissait n'avoir pas besoin. Enfin les tests auraient vraisemblablement dû subir une adaptation au lieu d'être appliqués sans changement à des mentalités perturbées, et sans doute n'aurait-il fallu les considérer que comme un point de départ pour la création d'instruments meilleurs. Mais des tâtonnements et des mécomptes ne sont-ils pas toujours nécessaires pour nous montrer ce qu'il aurait fallu faire ? Voyons du moins ce que les tests nous ont appris jusqu'ici.

## I

Inventés en vue de reconnaître les enfants anormaux parmi les écoliers qui, du point de vue intellectuel, sont normalement doués, les tests convenaient particulièrement à fixer entre les arriérés de l'intelligence, tant enfants qu'adultes, les degrés auxquels appliquer les termes idiotie, imbecillité ou débilité mentale ; et à réaliser un accord sur les limites à reconnaître à ces divers états.

Je n'y reviendrai que pour dire un mot de la limite supérieure de la débilité intellectuelle. Marquer cette frontière ne peut être évidemment qu'un tracé arbitraire. Il n'y a pas un large fossé qui sépare aux yeux de tous un débile mental d'un sujet de niveau normal. Toutefois un certain nombre de caractères d'ordre pratique, et notamment la possibilité d'une existence indépendante, celle de s'adapter à la vie courante sans besoin d'aucune tutelle, délimitent une sorte de frontière naturelle. Nous avons montré qu'elle correspond à un niveau mental de 10 ans

tel que le définit notre échelle de mesure, niveau qui peut par conséquent être substitué à l'épreuve pratique de l'existence. Dans notre monde actuel la plupart des sujets d'un niveau mental inférieur à 10 ans ne se tirent guère d'affaire dès qu'ils sont réduits à leurs seules ressources. Au contraire, la plupart de ceux dont le niveau mental atteint ou dépasse dix ans sont aptes à la vie courante. Voilà un premier gain, si grossier soit-il, qui permet un certain pronostic par un simple examen mental.

Cette limite de dix ans a été à peu près universellement admise par toutes les personnes pratiquant les tests. Vermeyleylen, notamment, en a souligné toute l'importance ; et il a fait ressortir qu'elle correspondait à une différence dans les opérations intellectuelles mises en jeu par les tests selon qu'ils sont inférieurs ou supérieurs à ce niveau : au-dessous de 10 ans, ce sont les facultés d'acquisition, et, par exemple, de mémoire, de savoir concret, qui assurent le niveau mental atteint ; au delà doivent intervenir ce que Vermeyleylen appelle les fonctions d'élaboration, la réflexion, le raisonnement à l'aide de notions plus ou moins abstraites. Il y aurait donc là peut-être une coupure plus essentielle que ne sembleraient l'indiquer les transitions par lesquelles on passe d'un degré à l'autre.

Je sais bien qu'en dépit du fait qui précède certains auteurs discutent encore au sujet de la débilité intellectuelle et veulent ranger sous ce vocable ce que Chaslin appelait sottise, et qui paraît un travers du jugement plutôt qu'une insuffisance intellectuelle ; mais ce n'est plus alors là qu'une question de définition et qui exigerait seulement qu'on trouvât pour les niveaux mentaux de 7 à 10 ans une nouvelle appellation si l'on détourne les mots débilité mentale du sens que nous lui avons donné.

Outre ce premier bénéfice d'une langue commune pour désigner les états inférieurs de l'intelligence chez les adultes, les tests en ont apporté deux autres :

1. Ils ont permis d'appliquer les mêmes dénominations de catégories (idiotie, imbecillité, débilité mentale) aux enfants de quelque âge qu'ils soient, qu'on ait recours aux quotients d'intelligence de Stern et des laboratoires américains ; ou qu'on utilise, ce que nous préférons, des courbes de croissance telles que celles établies par Mlle Bonnis.

2. Les tests ont montré d'autre part l'abus qui était fait en aliénation et en expertise criminelle du diagnostic de débilité. Sullivan l'a montré le premier pour la délinquance, et les enquêtes ultérieures n'ont guère fait que le confirmer. En aliénation

les produits de l'idéation pathologique nous paraissant le plus souvent d'un ordre inférieur parce qu'elles heurtent nos manières de voir ; on avait donc tendance à généraliser, à étendre à l'individu l'impression de faiblesse intellectuelle que donnent ses nouvelles créations ; et, chose plus grave, on s'imaginait alors trouver dans le niveau mental du sujet la cause presque de son délire, hypothèse toute gratuite et que l'expérience dément : délire et débilité intellectuelle sont deux choses différentes ; les débiles mentaux ne présentent peut-être pas une proportion de délirants plus grande que les sujets de niveau normal ; enfin la prise de niveau chez les aliénés révèle le plus souvent sinon des niveaux supérieurs, du moins des niveaux mentaux semblables à ceux qu'il est courant de rencontrer chez les individus sains.

## II

Presque en même temps que les tests étaient utilisés pour les oligophréniques on y avait recours chez les déments pour établir le degré de leur affaiblissement.

Parmi ceux-ci deux groupes de déments organiques retenaient principalement l'attention.

1. C'étaient, en premier lieu, les paralytiques généraux. L'étude de leur affaiblissement à l'aide des tests mettait en lumière un abaissement de niveau, d'ailleurs souvent assez léger à leur entrée, plus grave à mesure que les mois passaient, et notamment à mesure que les attaques congestives se répétaient. L'analyse des réponses faisait également ressortir le caractère particulièrement irrégulier de cet affaiblissement par l'existence d'accrocs dans le fonctionnement intellectuel, rappelant ceux de la parole, sur un fond plus stable d'abaissement global progressif.

La malariathérapie, la stovarsolthérapie auraient dû donner un nouvel intérêt à la mesure de l'affaiblissement des paralytiques généraux si les médecins n'avaient une formation plus clinique que psychologique et que scientifiquement expérimentale. A peine quelques travaux ont-ils paru sur ce sujet. Ils confirmaient une certaine amélioration, mais, en même temps, paraissaient indiquer à celle-ci des limites assez étroites. Il en ressortait aussi qu'on englobait couramment dans l'affaiblissement intellectuel de la paralysie générale des troubles susceptibles de rémission et un abaissement par lésion qui paraît irréparable. L'amélioration



serait, outre la cessation des premiers, un arrêt de ce dernier, et par conséquent un arrêt dans la marche de l'affection plutôt que la disparition totale de tout affaiblissement. Toutefois les documents recueillis sont encore si peu nombreux qu'on a là plutôt une impression qu'une démonstration véritable. Et, étant données la fréquence de la paralysie générale et la masse des observations possibles, on est surpris de ne pas posséder encore :

a) une bonne statistique des niveaux mentaux au début du traitement, ce qui permettrait peut-être de mieux apprécier jusqu'à quel degré d'atteinte un traitement a des chances d'être efficace ;

b) une statistique des niveaux à la sortie (ou seulement après traitement), et même quelques années plus tard, comparés aux niveaux d'entrée, ou, mieux, aux niveaux présumés d'après les antécédents scolaires ou professionnels des malades.

Enfin : c) n'y aurait-il pas lieu, toute question de niveau à part, de chercher si l'examen par test ne ferait pas ressortir quelque accroc, qui, sans produire un affaiblissement véritable, continuerait toutefois d'indiquer la persistance d'un certain péril ?

2. Les démences séniles, de quelque type qu'elles soient, n'ont pas intéressé au même degré. Le peu d'espoir d'amélioration l'explique. On n'en a pas suivi l'évolution, on n'a pas essayé de classer ces malades par degrés comme on le fait pour les insuffisants. Des documents que nous avons entre les mains, mais que nous n'avons pas publiés jusqu'ici, il ressort que l'affaiblissement est souvent considérable dès l'entrée du malade et qu'il revêt aussi quelques caractères spéciaux tout en étant massif.

Par contre on a essayé, à l'aide de tests d'intelligence, de déterminer l'état des facultés dans l'aphasie. Head est un des premiers auteurs qui l'ont tenté. Malheureusement, les relations verbales étant coupées, l'intelligence devient dans de tels cas d'une appréciation difficile.

Faisons encore à ce sujet quelques autres remarques. La première est qu'il ne paraît pas douteux, malgré les objections d'ailleurs toujours théoriques, qui leur ont été faites, que les tests d'intelligence permettent d'apprécier, — tout au moins dans une certaine mesure, — un affaiblissement intellectuel au même titre qu'un défaut de développement. La même méthode qui mesure le développement peut en mesurer la ruine.

Cependant, d'une part il n'est pas du tout prouvé qu'il y ait

équivalence rigoureuse. Il est même certain qu'il n'en est rien, et un niveau de 7 ans chez un vieillard diffère sans doute autant du même niveau chez un imbécile que ce niveau chez un imbécile diffère du même niveau chez un enfant normal. La matière constitutive du niveau n'est pas la même puisqu'elle est faite chez le vieillard très fréquemment d'oubli, chez l'imbécile d'une impuissance foncière, et qu'elle ne représente chez l'enfant normal qu'une étape provisoire. En ce sens il est éminemment souhaitable qu'on établisse les distinctions nécessaires, soit par une analyse des réponses, soit en recourant à des tests spécifiques faisant davantage appel aux mécanismes atteints plutôt que jugeant exclusivement par un pourcentage d'échecs aux épreuves données.

On a proposé pour la mémoire un certain nombre de techniques. Mais on dresse plus de projets d'expériences qu'on n'en réalise, et cela a été le cas. Spécialement mais non uniquement touchée, la mémoire ne saurait d'ailleurs que difficilement faire l'objet d'une recherche isolée. On ne peut interpréter les résultats d'épreuves dites de mémoire qu'en tenant compte des autres éléments : compréhension, niveau général, qui interviennent pour les produire.

D'autre part, même déjà au cours d'une épreuve de niveau, on se rend compte, dans certaines démences organiques, du rôle que peut jouer la fatigue, la difficulté de faire un effort cérébral, et il y aurait là aussi un facteur dynamique dont il conviendrait de dégager les effets.

Une question enfin a retenu l'attention, le problème des séquelles. Que subsiste-t-il au cours des démences, du passé des malades ? Quelques aliénistes américains ont abordé ce chapitre au moyen de tests collectifs. Ils ont abouti à cette conclusion que le vocabulaire et les formes verbales étaient les traces persistantes les plus reconnaissables. Notre expérience des tests nous permet d'y souscrire. Mais nous croyons, même pour une telle recherche, les tests individuels préférables aux tests écrits.

Le véritable service que nous paraissent pouvoir rendre ces derniers est d'un autre ordre. Il tient — faisant d'ailleurs exécuter le test individuellement — à ce qu'il s'agit alors d'une épreuve écrite. Dans ces conditions le malade échappe davantage à l'emprise de l'expérimentateur, la forme écrite n'exerce plus sur son esprit la même influence, elle nécessite un effort plus grand d'attention, et le contraste entre les résultats obtenus ainsi et ceux d'un interrogatoire n'est pas sans devenir instructif, mais d'autant plus instructif qu'on suivra au fur et à mesure l'exécution

du travail, les paroles qui l'accompagnent, ou même qu'on pourra demander des explications, ou encore, à l'occasion, ramener au test.

Ajoutons qu'on doit espérer que la chirurgie cérébrale et l'étude des tumeurs, des phénomènes de compression ou de commotion, des troubles de la circulation cérébrale habitueront à noter à l'aide d'épreuves précisés les désordres de l'activité intellectuelle déterminés par ces processus. Mais évidemment, dans ces occasions encore, il faudra examiner d'un autre point de vue que le seul niveau mental, les réponses données aux tests, et probablement, faudra-t-il aussi imaginer des épreuves qui fassent jouer davantage les mécanismes spéciaux producteurs des abaissements constatés. A cet égard les tests ne sont certainement, et une fois de plus, que dans une période de début.

### III

Je ne dirai rien de l'usage des tests dans le diagnostic de la simulation bien qu'ils m'y aient rendu des services. Leur emploi dans ce cas exige toutefois qu'on en ait une expérience assez étendue et qu'on soit accoutumé à tous les genres de réponses dont ils sont susceptibles. Ce n'est pas seulement en effet la débilité mentale que le simulateur peut feindre mais toutes les variétés de l'aliénation. Le malaisé pour lui n'est pas seulement de pénétrer l'ordre de difficulté des épreuves et de discerner par conséquent celles où il peut commencer à mal répondre, c'est aussi de savoir comment il doit y répondre et quelles erreurs seulement sont de nature morbide. Il y aurait là tout un chapitre neuf à écrire.

Dans l'aliénation proprement dite, si l'on applique méthodiquement les tests à toute une série de malades, on constate les faits suivants : ou bien il n'y a pas d'abaissement de niveau et l'examen ne diffère en rien de l'examen d'un sujet sain ; ou bien, sans qu'il y ait encore d'abaissement constatable, l'examen est l'occasion de manifestations aberrantes, d'à-côtés dans lesquels se font jour les troubles du malade ; ou bien on constate bien un abaissement de niveau, mais cet abaissement n'est qu'apparent et transitoire ; ou bien enfin nous sommes dans l'impossibilité de nous prononcer à cet égard et les apparences sont même plutôt d'un affaiblissement définitif. Ces diverses situations soulè-

vent une série de problèmes, parmi lesquels ceux de la dernière situation que nous venons de citer sont les plus délicats.

Pour être appliqués à ce genre de malades signalons d'abord qu'il y a intérêt à modifier quelque peu la présentation des tests telle qu'elle figure dans l'échelle que nous avons publiée avec Binet et destinée à des enfants. La remarque aurait déjà pu être faite à propos des déments ; elle est plus impérieuse encore dans l'utilisation des tests auprès d'aliénés. La très longue série des épreuves paraît inutile, et quelques-unes, trop élémentaires, risquent de paraître puériles et doivent être abandonnées ou n'être reprises que lorsque, par ailleurs, le niveau s'est montré assez abaissé pour justifier qu'on les essaie. J'ai indiqué les difficultés, — et cependant l'importance essentielle, — d'un enregistrement complet de toutes les nuances des réponses. J'aurais tendance aujourd'hui à modifier quelque peu la manière même de conduire l'expérience, et notamment à conseiller des répétitions, des insistances, afin d'éviter d'obtenir un résultat de hasard au lieu de pénétrer ce dont le malade est réellement capable.

Quoi qu'il en soit les faits actuellement acquis paraissent les suivants :

1. Il n'y a pas d'abaissement de niveau au cours de certains délire systématisés de persécution. Le malade se prête à l'expérience, fier d'être traité comme un individu sain d'esprit. Il répond de son mieux parfois avec une attitude un peu ironique, tout à fait comme un adulte normal et sans rien montrer de son délire.

Il en serait ainsi pendant toute la durée de son affection mentale, celle-ci se prolongerait-elle des années.

2. Dans les états d'excitation ou de dépression, si les troubles sont très légers parfois rien n'attire l'attention, l'interrogatoire se déroule avec son allure ordinaire.

Plus souvent l'examen est dérangé par des manifestations maniaques ou mélancoliques. Mais :

ou bien celles-ci ne se montrent qu'entre les réponses constituant autant d'à-côtés, manifestations spontanées dont l'examen paraît à peine être l'occasion ;

ou bien les humeurs maniaques ou mélancoliques font dévier la réponse, la colorent de leurs teintes spéciales, gênent l'adaptation exacte à la question posée, se greffent inopinément sur la réponse commencée. Dans ce dernier cas, et dans l'ensemble, le niveau intellectuel est plus ou moins abaissé. Des questions sont

mal résolues ou ne le sont pas. Il en est généralement ainsi à partir d'un certain degré de difficulté, manifestement parce que les questions les plus difficiles sont celles qui exigent le plus de contention d'esprit, ou, si l'on préfère, le plus d'attention. Or le cours d'idées du malade ne lui permet pas la réflexion nécessaire. L'interrogatoire n'arrive plus à inhiber suffisamment le bavardage, la tendance aux calembours, les rires ou la tristesse oppressive qui dominent le malade. L'abaissement de niveau mesure donc en quelque sorte dans quelle relativité on a le malade à sa disposition. D'autre part les à-côtés, leur fréquence et leur importance, celles aussi des déraillements dont je viens de parler, permettent d'apprécier quel trouble possède le malade. Provoquées par un examen toujours le même, quels que soient les sujets, on peut, en effet, dénombrer et totaliser ces manifestations ; on peut analyser leur nature et leur variété ; on peut les comparer sur des malades différents... On se trouve donc en présence de deux éléments d'information : l'un négatif, l'abaissement de niveau ; l'autre positif, les manifestations proprement pathologiques. Or, constatation curieuse, ces éléments ne paraissent pas absolument dépendre l'un de l'autre. Le nombre des manifestations maniaques, par exemple, n'entraîne pas forcément un abaissement de niveau considérable ; au contraire, une seule réaction humorale, de colère, par exemple, ou d'anxiété, peut entraîner des résultats de loin très inférieurs. Il y a dans l'emploi des tests dans ces conditions, une excellente technique pour compter, analyser et décrire les symptômes du trouble mental, une excellente méthode d'observation à l'usage des étudiants, une riche matière de réflexions... mais on ne saurait en espérer un diagnostic d'affaiblissement ni un pronostic.

Notons seulement encore qu'en cas de changement dans l'état du malade l'exécution du même test à deux dates différentes (peut-être même à deux moments différents de la journée) est extrêmement éloquent. On peut suivre ainsi chez un même malade des rémissions passagères ou la marche de la convalescence ; noter avec précision l'état à la sortie.

3. Reste le gros problème des démences précoces ou vésaniques... pierre d'achoppement aujourd'hui de l'aliénation mentale proprement dite. On pouvait espérer que les tests aideraient à sa solution. Si j'essaie de résumer mon expérience à ce sujet, elle se ramène aux données suivantes :

a) Au moins au début — peut-être toujours dans certains cas — il arrive qu'on puisse ne constater ni abaissement de niveau, ni



même aucun trouble pathologique au cours d'un examen par une échelle de tests. Quelquefois, dans les formes torpides, mais néanmoins en évolution manifeste, on relèvera cependant une difficulté notable de contention d'esprit. Elle est souvent consciente pour le malade.

b) En second lieu, abaissement presque toujours assez léger dans les démences dites paranoïdes, où l'envahissement par le maniérisme et les bizarreries n'entrave guère que l'exécution des épreuves d'un niveau élevé ; au contraire, abaissement profond dans les attitudes de négativisme ou simplement d'absorption qui caractérisent plus spécialement les états catatoniques ; degré d'abaissement probablement en rapport avec l'ampleur de l'envahissement par les phénomènes pathologiques.

Oui, les faits sont tels, mais leur interprétation continue d'échapper. Y a-t-il seulement abaissement apparent (comme dans les psychoses maniaques dépressives des plus typiques) sous l'influence des troubles humoraux, hallucinatoires ou délirants, qui ont envahi le malade, le test tombant dans une idéation confuse où il ne peut trouver sa voie ? ou bien existe-t-il un affaiblissement véritable et perte définitive de l'exercice des facultés intellectuelles ? La question reste entière. Presque toujours il reste assez de symptômes morbides, même dans les formes les plus éteintes, pour qu'ils paraissent suffisants pour expliquer les échecs. D'autre part des rémissions semblent indiquer ici, comme dans la paralysie générale d'ailleurs, que les deux mécanismes, gêne et destruction (si cette dernière est réelle), se mêlent tout au moins sans qu'on puisse les dissocier. Puis des réponses curieuses d'à-propos et de finesse, parfois la complexité même des constructions pathologiques, selon, il est vrai, une logique de systématisation toute personnelle, de telles manifestations, disons-nous, nous surprennent et ne permettent pas de penser à une destruction réelle des processus intellectuels. De toutes façons elle ne paraît aucunement analogue à celle des autres démences. On est alors réduit à des hypothèses. Celle que nous proposerions est la suivante : les troubles provocateurs de l'abaissement de niveau seraient à notre sens entièrement différents du trouble morbide des démences organiques ; ils ne consisteraient pas en un anéantissement des souvenirs, en une perte des associations habituelles ; ce seraient les notions mêmes des choses, les schèmes des idées, qui se trouveraient altérés, peut-être en partie par l'effet des modifications affectives profondes de l'aliéné. Sous les mots il mettrait donc d'autres significations, des conceptions strictement personnelles, qui nous

rendent inaccessible ce nouveau monde intérieur, et sa conscience ainsi occupée ne perçoit plus du dehors que ce qui lui est strictement indispensable. Ce serait le contenu, la matière sur laquelle travaille l'intelligence, également la source qui en assure le cours, qui seraient transformés, plutôt que les opérations intellectuelles proprement dites. Qu'à la longue pareil état se fixe sur un système nerveux dans le fonctionnement duquel les habitudes jouent un rôle si puissant qu'il se stabilise ; que, selon les cas, il se substitue à la personnalité d'autrefois, ou vive à côté et plus ou moins mêlé à elle ; qu'il ne se laisse plus entamer ou réduire, on peut assez aisément l'imaginer. Pratiquement l'abaissement de niveau finira donc par équivaloir à un affaiblissement réel tout en continuant d'en différer par son mécanisme et par sa nature.

Notons pour terminer qu'aucun des tests actuels précisément n'atteint directement les troubles délirants. Les tests n'ont pas été conçus en vue de cette destination. Les désordres mentaux jusqu'ici échappent à l'expérience, se poursuivent en marge d'elle. D'autres épreuves, peut-être dans le genre du test de Rorschach, s'il n'était si malaisé d'en codifier les réactions, seraient à inventer. Nul doute qu'il y ait là une voie nouvelle où engager la méthode des tests, mais à la condition de les étendre au lieu de limiter l'expérimentation aux seuls tests intellectuels.

## Bibliographie

Quelques indications bibliographiques :

- BINET (A.) et SIMON (Th.). — I. Nécessité d'établir un diagnostic des états inférieurs de l'intelligence ; — II. Méthodes nouvelles pour le diagnostic du niveau intellectuel, etc. *Année psychologique*, 1901.
- BINET (A.) et SIMON (Th.). — Nouvelle théorie psychologique et clinique de la démence. *XV<sup>e</sup> Année psychologique*.
- BINET (A.) et SIMON (Th.). — L'intelligence des imbéciles. *XV<sup>e</sup> Année psychologique*.
- BINET (A.) et SIMON (Th.). — Définition des principaux états de l'aliénation. *XVI<sup>e</sup> Année psychologique*.
- BINET (A.) et SIMON (Th.). — Définition de l'idiotie et de l'imbécillité. *Année psychologique*, 1910.
- SULLIVAN. — La mesure du développement intellectuel chez les jeunes délinquants. *XVIII<sup>e</sup> Année psychologique*.
- BINET (A.) et SIMON (Th.). — Diagnostic des arriérés militaires. *Annales Médico-psychologiques*, 1910.
- SIMON (Th.) et VERMEYLEN (G.). — La débilité mentale. *Congrès de Bruxelles*, VIII, 1924.

- SIMON (Th.). — Standardisation de la définition de la débilité mentale et de ses degrés. *1<sup>er</sup> Congrès général de l'enfant*, Genève, 1925.
- BONNIS. — Le développement de l'intelligence chez les arriérés. *Thèse de doctorat*, Paris, 1926.
- SIMON (Th.). — Essai sur la limite supérieure de la débilité mentale. *Annales Médico-psychologiques*, 1921, I, p. 236.
- SIMON (Th.). — Le niveau mental des paralytiques généraux, etc. *Annales Médico-psychologiques*, 1930, I, 385 et 436 ; II, p. 118.
- SIMON (Th.) et LARIVIÈRE (P.). — Hypothèses sur la démence précoce. Etude du niveau mental. *Annales Médico-psychologiques*, V, 1932.
- SIMON (Th.) et LARIVIÈRE (P.). — Essai de contribution à la langue psychiatrique. I. Niveau mental et abaissement de niveau, etc. *Annales Médico-psychologiques*, V, 1932.
- SIMON (Th.). — L'examen des aliénés par des tests de niveau mental. *Laboratoire et psychiatrie*, I-II, 1937 ; III-VI, 1938.
- DESCHAMPS (A.) et SIMON (Th.). — L'examen par des tests de niveau mental de 200 malades d'asile. *Laboratoire et psychiatrie*, 2<sup>e</sup> trimestre, 1939.
- ROUVROY (Ch.). — Les études expérimentales de l'intelligence chez les malades mentaux. Rapport au XII<sup>e</sup> Congrès belge de neurologie et de psychiatrie. *Journal belge de Médecine mentale*, 1936 (suivi d'une bibliographie très étendue).
- Cf. aussi les collections des journaux américains : *J. of Insanity*, *Am. J. of psychiatry*, *J. of mental science*, etc.
-

# ÉVOLUTION DE L'IDÉE DE DÉMENCE

PAR

P. GUIRAUD

Nous utilisons en psychiatrie une terminologie qui nous a été léguée par des générations d'aliénistes. Sans doute il est prudent de s'appuyer sur le terrain solide de la tradition mais il faut cependant y assurer ses pas avec précaution. D'abord le sens des mots techniques subit un travail de lente modification souvent inaperçu par les auteurs successifs, de plus l'acceptation d'une terminologie est en quelque manière l'acceptation des théories qu'elle exprime. Les idées nouvelles ne peuvent se développer que difficilement entre les barrières créées par les mots anciens.

Puisque nous avons le privilège de pouvoir consacrer un numéro spécial à la célébration du centenaire des *Annales Médico-psychologiques*, je vais étudier, à la demande de notre ami René Charpentier, l'évolution de la notion de démence. On verra combien ce terme, loin de conserver une signification invariable, a changé de sens dès les premiers pas de notre science.

Il n'est pas utile de remonter plus loin que Pinel. Cet auteur est le premier qui ait étudié la psychiatrie dans un service spécialisé en comparant de très nombreuses observations. Pour débrouiller le chaos constitué par les centaines d'aliénés enfermés dans les Asiles, Pinel et ses successeurs immédiats se sont bornés à établir quelques subdivisions très simples qui ont été l'embryon de notre classification actuelle, classification d'ailleurs disparate où se mélangent tous les styles. Pinel divise l'aliénation mentale en deux groupes : dans le premier, il y a simple déviation morbide de l'activité mentale, c'est le délire ; dans le second, il y a affaiblissement de cette activité. Le délire peut être général, c'est la manie ; partiel, c'est la mélancolie. L'affaiblissement de l'activité mentale est plus ou moins profond ; au premier degré, c'est la démence, au second, l'idiotisme. La description et la distinction de ces deux modes d'affaiblissement mental sont assez

superficielles. La démence pour Pinel (1) est une « débilité particulière des opérations de l'entendement et des actes de la volonté qui prend tous les caractères d'une rêvasserie sénile... ». « Les idées sont incohérentes entre elles et sans aucun rapport avec les objets extérieurs... » « La faculté de la pensée est abolie... » « On constate l'oubli complet de tout état antérieur, l'abolition de la faculté d'apercevoir les objets, l'oblitération du jugement. » Quant à l'idiotisme : « C'est une abolition plus ou moins absolue soit des fonctions de l'entendement, soit des affections du cœur ». L'idiotisme peut être congénital ou acquis à la suite de violents coups reçus sur la tête, d'une vive frayeur, d'un traitement trop actif.

Esquirol (2), en 1814, apporte quelques améliorations à la conception de Pinel. Les états d'affaiblissement mental ne sont plus distingués par leur profondeur mais par leur genèse. L'idiotie, terme préférable à idiotisme déjà employé par les grammairiens dans un sens différent, est un état d'affaiblissement congénital ou survenant au moins avant le développement complet du psychisme tandis que la démence est un état d'affaiblissement mental acquis. Cette idée est résumée dans la formule restée classique : « L'homme en démence est privé des biens dont il jouissait autrefois, c'est un riche devenu pauvre ; l'idiot a toujours été dans l'infortune et la misère. » L'idiotisme acquis de Pinel sort du cadre de l'idiotie puisqu'il constitue la perte d'une intelligence déjà développée et devient la « démence aiguë ». On voit que dans la conception d'Esquirol, la démence n'a nullement le sens d'un affaiblissement mental incurable.

En 1820, Georget (3) isole une entité spéciale : la stupidité, c'est-à-dire « l'absence accidentelle de la pensée, soit que le malade n'ait pas d'idées ou qu'il ne puisse les exprimer ». Le syndrome stupidité se distingue de l'idiotie et de la démence puisque, comme Georget l'explique en quelques mots, « il n'y a jamais eu d'intelligence dans l'idiotie et qu'il n'y en aura plus dans la démence » (4). Ultérieurement, la stupidité de Georget, oubliée pendant longtemps, est revenue en honneur. A l'époque

(1) P. PINEL. — *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, 2<sup>e</sup> édition, Paris, 1809, J. Brossou, éditeur.

(2) E. ESQUIROL. — *Des maladies mentales*. Paris, 1838, J.-B. Baillière édit. Bien avant cette date, en particulier avant 1820, Esquirol avait exposé sa théorie dans le *Dictionnaire des Sciences médicales*. Article : Folie, démence et autres.

(3) M. GEORGET. — *De la Folie*. Paris, 1820, Cervot, éditeur.

(4) M. GEORGET. — *De la Folie*, p. 117 *in fine*.



de sa description, elle englobait l'idiotisme acquis de Pinel et la démence aiguë d'Esquirol. C'est Georget qui a, le premier, souligné le caractère incurable de la démence. Son œuvre n'a pas eu beaucoup d'influence sur ses contemporains puisque nous voyons Esquirol rééditer, en 1838, son article de 1814 sur la démence sans y rien changer. Non seulement il parle de démence aiguë curable mais il affirme que la démence chronique peut guérir. Cependant, malgré l'autorité d'Esquirol, le terme démence a pris peu à peu le sens d'affaiblissement mental incurable.

Les subdivisions simples des premiers aliénistes constituent plutôt des genres, des variétés de folie que de véritables maladies. Elles ne tiennent compte que de l'état psychique du malade et à un moment déterminé de son évolution. Tel sujet peut commencer par être maniaque, devenir monomaniaque ou mélancolique puis dément.

Cette élégante simplicité ne devait pas durer longtemps. Georget avait déjà signalé en 1820 combien la classification purement clinique était superficielle. « De cette manière, ce sont les symptômes qui constituent la maladie, au lieu du trouble organique qui leur donne naissance. » (1). En 1822, un jeune interne de Charenton, âgé de 23 ans, A.-L.-J. Bayle, publie sa thèse intitulée : « Recherches sur l'arachnitis chronique... », en 1826, il reprend le sujet dans un ouvrage important (2). Il isole une maladie spéciale caractérisée anatomiquement par une méningite chronique pouvant se compliquer d'encéphalite et cliniquement par une évolution en trois périodes : monomanie avec délire de grandeur et de richesse, manie, démence. C'est la première description de ce que nous appelons encore la paralysie générale. On comprend l'étonnement des psychiatres de l'époque. S'ils avaient suivi Bayle et rédigé un manuel de psychiatrie, ils auraient dû décrire : la manie, la monomanie, la lypémanie, la stupidité, la démence, l'idiotie et la... méningite chronique ; les six premières affections caractérisées par l'état psychique, la septième par l'état des méninges. Pour maintenir leur classification psychologique, Esquirol et ses élèves, Calmeil, Georget, Delaye, soutiennent que la paralysie n'est qu'une complication de la démence, au même titre que le scorbut, ou, à la rigueur, une maladie simplement associée à la démence ; la méningite peut causer la paralysie mais non les troubles mentaux. C'est ainsi

(1) GEORGET. *De la Folie*. Avant-propos, p. VIII.

(2) A.-L.-J. BAYLE. *Traité des maladies du Cerveau et de ses membranes*. Paris, 1826, Gabon, éditeur.

que la belle ordonnance de la classification psychologique n'était pas troublée.

La solution diplomatique de cette difficulté n'a été trouvée qu'en 1865 par Baillarger (1). Le trouble mental essentiel de la paralysie générale est la démence ; la maladie devient ainsi une démence paralytique entrant dans le cadre des démences à côté de la démence sénile. La classification traditionnelle par la psychologie reste intacte. L'opinion de Baillarger, en grande partie exacte, est encore acceptée par beaucoup d'auteurs contemporains ; elle présente pourtant le grave inconvénient de ne permettre le diagnostic de paralysie générale que quand la démence devient indiscutable, ce qui se produit parfois assez tard. Les malades avec idées de grandeur, agitation et symptômes paralytiques sans démence apparente entraient pour Baillarger dans le cadre des folies congestives souvent curables. Il y avait certainement beaucoup de paralysies générales authentiques dans ce groupe des folies congestives. Maintenant que le diagnostic pratique de paralysie générale nous est apporté tout fait du laboratoire, nous ne nous rendons pas assez compte de ses extrêmes difficultés, de ses hésitations, de ses incertitudes quand il ne pouvait s'appuyer que sur l'examen clinique.

Mais déjà l'attitude que nous venons de décrire comporte un changement dans la notion de démence ; il ne s'agit plus d'une maladie mentale d'une variété d'aliénation mais d'un groupe de maladies caractérisées par un affaiblissement mental irrémédiable. Ce n'est plus la démence, ce sont les démences. Le diagnostic nécessite, à côté du terme générique, une qualification particulière, on dit : démence sénile, démence paralytique, démence épileptique ; chacune de ces variétés présentant quelques différences cliniques. C'est le point de vue que nous trouvons exposé en 1869 dans le *Dictionnaire* de Dechambre à l'article Démence rédigé par Foville et dans une autre édition (1882) par Ball et Chambard. La démence est la déchéance progressive des fonctions de la vie psychique. Chronicité et incurabilité en sont les caractères principaux. Ball et Chambard s'attachent d'abord à réfuter une théorie qui n'est que l'écho lointain des opinions de l'Ecole d'Esquirol sur la démence et la paralysie générale. En effet, quelques aliénistes distinguaient les démences en deux groupes : les démences vésaniques, terminaison par affaiblisse-

(1) BAILLAGER. *Des symptômes de la Paralysie générale*, en appendice à la traduction du traité des maladies mentales de Griesinger. Paris, 1865. A. Delahaye, éditeur.

ment chronique des diverses maladies mentales considérées comme des affections *sine materia* et les démences organiques, maladies chroniques du cerveau avec lésions manifestes. Le terme vésanie qui, étymologiquement, signifie simplement maladie, est responsable de cette apparence d'attitude dualiste. En réalité, nos prédécesseurs n'étaient pas dualistes. Toutes les maladies mentales étaient bien considérées par eux comme des maladies du cerveau, mais dans leurs classifications ils les distinguaient soigneusement des maladies générales ou nerveuses ; ils ne leur trouvaient pas de lésions visibles et préféraient laisser de côté les rapports des anomalies de l'esprit et des lésions cérébrales par crainte d'être entraînés à des discussions philosophiques sans issue. Ball et Chambard atténuent autant que possible la différence entre les démences vésaniques et organiques. Ils décrivent trois variétés de démences : 1° les démences organiques avec lésions en foyer (ramollissement cérébral, tumeur) et avec lésions diffuses (paralyse générale, démence sénile) ; 2° les démences toxiques (alcoolisme, saturnisme) ; 3° les démences névropathiques, c'est-à-dire causées par des maladies nerveuses à lésions inconnues. Ces maladies à lésions inconnues appartiennent soit au domaine du neurologue, ce sont les névroses (épilepsie, chorée, hystérie, etc...), soit au domaine du psychiatre, ce sont les vésanies (manie, mélancolie, monomanie). Le terme psychose, qui aurait été plus symétrique, n'était pas encore inventé. Cette adroite fusion des vésanies et des névroses rapprochait psychiatrie et neurologie en soulignant que cette dernière avait aussi ses affections *sine materia*. La distinction entre les démences névropathiques et organiques est plus clinique qu'anatomique disent Ball et Chambard ; les démences névropathiques sont elles aussi sous la dépendance de lésions cérébrales mais ces lésions ne sont pas grossièrement apparentes et doivent être étudiées par la pesée, le jaugeage, la mensuration du cerveau. Signalons en passant que les démences organiques englobent toutes les lésions cérébrales focales ou diffuses ; plus tard, la paralyse générale et les démences séniles étant décrites à part, il n'est resté par hasard dans les démences organiques que les démences par lésions en foyer, accompagnées d'ailleurs de lésions diffuses. On se demande pourquoi ce terme inadéquat et amphibologique de démence organique est encore utilisé par certains pour désigner les démences artériopathiques ou par tumeurs cérébrales.

Les auteurs successifs du *Dictionnaire* de Dechambre, Foville, Ball et Chambard n'ont pas négligé un élément important du diagnostic de la démence. L'affaiblissement mental acquis et

définitif qui la caractérise doit être distingué d'une part des déficits mentaux congénitaux mais aussi des états d'affaiblissement mental acquis et transitoires. Cette dernière affection constitue la stupidité de Georget, dont la plupart des auteurs à la suite de Delasiauve maintenaient la réalité clinique refusant, malgré les efforts de Baillarger, d'en faire entrer toutes les formes dans la mélancolie avec stupeur. Mais ce diagnostic était difficile et les auteurs avouent en quelque sorte leur impuissance en déclarant que la démence est incurable tandis que la stupeur ou la torpeur guérit mais qu'elle peut durer quelques années.

Nous sommes ainsi amenés naturellement à l'œuvre de Chaslin (1) qui, sous le terme de confusion mentale isole dans la stupidité de Georget le syndrome affaiblissement mental acquis et transitoire. Arrivé dans son livre au diagnostic de la démence, Chaslin en avoue l'extrême difficulté. « Les différences se sentent et ne s'expriment pas, ce qui est assurément fort insuffisant », dit-il lui-même. Il propose de fonder le diagnostic surtout sur les symptômes accessoires, mauvais état physique chez le confus, bonne santé chez le dément. Son élève Hannion (2), cependant, avait proposé une différenciation par les caractères psychologiques particuliers aux deux affections. Dans la démence, les idées se succèdent sans ordre, dans la confusion, elles naissent sans cause. Chez le dément, l'apparition des idées est déterminée par la volonté du malade ou de l'observateur; dans la confusion elle n'obéit à aucune consigne et paraît le fruit de l'automatisme cérébral. Le dément vit avec ses faibles moyens dans le monde extérieur, le confus n'aperçoit le monde extérieur qu'à travers le voile épais de ses sens émoussés. Le diagnostic était rendu d'autant plus difficile qu'à cette époque l'analyse psychologique de la maladie de Morel-Krapelin (démence précoce) était à peine ébauchée et que les observations de Chaslin comportent un certain nombre d'hébéphrénos catatoniques méconnus qui compliquent et déforment la sémiologie de la confusion.

Tandis que Chaslin décrit la confusion mentale primitive comme une véritable maladie mentale au même titre que la manie ou la mélancolie et en sépare, sous le nom de confusions symptomatiques celles dont la cause est évidente (fièvre typhoïde, etc.), Régis, dans une série de travaux, montre que la confusion mentale est un simple syndrome consécutif à une toxi-

(1) P. CHASLIN. *La confusion mentale primitive*. Paris, 1895. Asselin et Houzeau, éditeurs.

(2) HANNION. *De la confusion mentale*. Thèse de Paris, 1894.

infection. Mais, quant au diagnostic avec la démence, il le complique par une conception bien discutable de la démence précoce. Il croyait que la maladie décrite par Kræpelin comprend en réalité deux entités cliniques : une maladie dégénérative et une maladie acquise consécutive à la confusion mentale qui se prolongerait et se terminerait en démence. Il ne précise pas la fréquence respective de ces deux variétés, point cependant important, et n'ose pas en faire une description séparée. Sous le titre de confusion mentale chronique, il énumère les symptômes classiques de la démence précoce : négativisme, suggestibilité, stéréotypies, néologismes, délires. Il en résulte pour le débutant une grande perplexité, la confusion semblant se confondre, et avec la démence et avec la maladie de Kræpelin.

Dans la pratique, pouvons-nous faire d'emblée le diagnostic entre confusion et démence sans attendre plusieurs années comme Ball et Chambard pour voir si le malade guérit ou non ? Je crois qu'il est très souvent possible si l'on tient compte de tous les éléments qui sont à notre disposition. D'abord le début est très différent : la confusion est rapide, la démence lente ; on entre dans la confusion en quelques jours, dans la démence, progressivement, en quelques mois ou en quelques années. L'état général physique, comme le remarque Chaslin, est autre, le confus est amaigri, il se présente comme un malade, le dément conserve d'ordinaire longtemps une bonne santé physique. Du point de vue de l'examen psychique, il y a également des différences ; chez le confus, défaut de clarté des perceptions, difficulté de l'identification des gens et des objets, ralentissement pénible de tous les processus mentaux, effort pour vaincre les difficultés. Chez le dément, au contraire, il y a plus de lucidité, meilleure adaptation au monde extérieur, plus de rapidité des processus psychiques, mais une série de déficits souvent partiels (amnésie, troubles grossiers du jugement). On n'a pas l'impression de l'effort pénible, souvent infructueux, du confus. Sans doute ce dernier symptôme n'est pas général dans la confusion puisqu'il manque dans la confusion avec stupeur, mais cette dernière forme est la moins difficile à distinguer de la démence. Enfin la confusion peut s'accompagner d'onirisme. Dans les cas typiques par conséquent peu d'hésitation ; mais entre ces deux syndromes on ne peut tracer une délimitation tranchée. Il s'agit en définitive de différencier un état d'affaiblissement aigu d'un état d'affaiblissement chronique, or, entre l'aigu et le chronique, on trouve toutes les transitions. C'est si vrai que nous avons l'habitude de classer dans la confusion les troubles mentaux de Korsakoff, et



dans la démence, ceux de la presbyophrénie, alors qu'ils sont presque superposables.

Confusion et démence sont l'une et l'autre l'expression d'une atteinte cérébrale et suivent les variations de cette dernière ; le pronostic véritable est celui de la lésion : massive et aiguë elle produit de la confusion, lente de la démence. La lésion aiguë peut ne pas guérir ; après une période de confusion plus ou moins prolongée survient un état démentiel post-confusionnel. Cette démence post-confusionnelle, quand nous l'avons opposée avec Dide à la démence précoce, nous a valu des critiques ; cependant, elle avait été déjà décrite par Kræpelin et par Régis. Sans qu'on puisse fixer exactement la date de son apparition, elle peut être distinguée cliniquement de la confusion. De son côté, l'atteinte lente et progressive qui, d'emblée, s'exprime cliniquement par de la démence, peut aussi guérir. Quand elle le fait sans avoir détruit trop de cellules nerveuses il y a retour à l'intégrité psychique. C'est ce que nous a appris de façon indiscutable la malariathérapie de la paralysie générale. Qu'en conclure ? C'est que la notion d'incurabilité obligatoire de la démence doit être abandonnée. La démence devient un état d'affaiblissement mental à développement lent et progressif, habituellement mais non toujours incurable, parce que les lésions lentes et progressives qui le provoquent sont habituellement incurables. Dans la grande majorité des cas, la démence, même curable, doit se diagnostiquer cliniquement de la confusion mentale.

Comme on vient de le voir, le parallèle entre la confusion et la démence est riche en enseignements et aussi en difficultés.

Presque en même temps que l'isolement de la confusion mentale, une autre maladie a été délimitée : la démence précoce de Kræpelin. Sur ce terrain bien plus d'embûches ont surgi, surtout en France, où la notion de démence est restée plus rigide qu'en Allemagne.

Vers 1903, on décrivait en France une démence vésanique ou, si l'on préfère, une démence secondaire ou terminale constituant la période ultime de la plupart des psychoses. On considérait que le fonctionnement anormal du psychisme, sous forme de manie, de mélancolie, de délire, finit par provoquer une sorte d'usure du cerveau et un affaiblissement mental progressif qui en est l'expression clinique. La démence terminale survient avec une rapidité variable et présente quelques particularités cliniques qui permettent de la distinguer des autres démences. Nous les résumons : 1° atténuation des manifestations de la psychose :

la manie, la mélancolie, le délire s'estompent ; 2° apparition de stéréotypies décrites depuis longtemps : malades usant la cour en se promenant aux mêmes endroits, gestes, activités improductives invariables, formules verbales stéréotypées ; 3° affaiblissement de l'émotivité et de l'activité ; 4° désintérêt pour la vie sociale et indifférence familiale ; 5° perte progressive des fonctions intellectuelles élémentaires. Bien entendu, la démence vésanique était considérée par tous comme résultant d'une atteinte organique du cerveau. Quand, en 1893, Kræpelin, dans la quatrième édition de son *Traité* réunit, sous le nom de démence précoce, l'hébéphrénie de Hecker, la catatonie de Kahlbaum et certains délires mal systématisés conduisant à un affaiblissement mental rapide, cette maladie, bien étudiée en France par Christian (1), en 1899, avait été acceptée sans opposition. On la considérait comme une affection particulièrement grave conduisant rapidement à une démence vésanique. C'est pourquoi Arnaud et Gilbert Ballet proposaient de l'appeler démence vésanique rapide ou précoce, distinguant ainsi deux variétés de démence vésanique, la tardive et la précoce.

Mais à l'apparition, en 1899, de la sixième édition de Kræpelin, tout est remis en question ; la démence précoce n'essaie plus de se glisser modestement dans le groupe des psychoses, elle prétend absorber toutes celles qui se terminent par un affaiblissement mental précoce ou tardif. Dans sa forme délirante, ou démence précoce paranoïde, entrent toutes les paranoïas hallucinatoires, y compris le délire systématique de Magnan. Toutes les manies et mélancolies qui se terminent par de l'affaiblissement mental sont englobées dans la démence précoce au détriment de la psychose maniaque-dépressive, de même toutes les bouffées délirantes des dégénérés transitoires mais récidivantes. En France, ce point de vue élargi est soutenu avec vigueur par Deny au Congrès de Pau en 1904. Réaction de la part des aliénistes français d'abord pour des questions de mot. Pourquoi appeler démence une maladie qui, de l'aveu de Kræpelin, guérit de temps en temps ? Pourquoi l'appeler précoce quand on y inclut de vieux délirants qui ne deviennent déments, et encore pas toujours, qu'après 20 ou 30 ans de maladie ? Ces objections prouvaient seulement que la maladie avait été mal baptisée. Mais ce n'était là qu'un prélude, l'argumentation foncière de Deny prêtait dangereusement à la critique. D'abord Deny, essayant de

(1) CHRISTIAN. *De la démence précoce des jeunes gens. Annal. médico. psychol.*, 1899, p. 45.

restreindre le plus possible l'importance clinique de la démence vésanique, déclare qu'il n'y a pas de démences vésaniques consécutives à la manie et à la mélancolie pour la raison que ni la manie ni la mélancolie n'existent, entrant l'une et l'autre dans le cadre de la psychose maniaque-dépressive. Mais Deny néglige de se demander si certaines formes de psychose maniaque-dépressive ne se terminent pas par un affaiblissement mental dont l'aspect répond à la description clinique de la démence vésanique. Kræpelin, dans sa huitième édition, parle d'un état terminal qui n'en est guère différent. De plus, et surtout, Deny prétend démontrer que, dès le début, tous les symptômes de la démence précoce, au sens large, y compris les délires chroniques systématisés, sont d'ordre déméntiel. Il écrit sans hésiter que, pour délirer, il faut être dément, que, « en admettant même le parfait agencement de ces échafaudages délirants, il est bien évident qu'ils ne peuvent s'édifier qu'à la faveur d'une crédulité et d'une perte complète de la faculté autocritique qui sont les témoins irrécusables d'un affaiblissement préalable des facultés ». Je ne puis sortir du sujet pour discuter ce point mais, quoiqu'il semble devoir être repris par les néo-jacksoniens, je crois pouvoir affirmer qu'il est en contradiction avec la pensée aliéniste française depuis Pinel jusqu'à nos jours. Plus loin encore, Deny soutient qu'une vésanie ne peut pas se transformer en démence, pas plus qu'une dyspepsie en cancer de l'estomac, oubliant que toutes les cardiopathies finissent par l'asystolie et les néphrites par l'urémie. Cette théorie élargie excessivement provoqua des critiques que nous ne répéterons pas. D'emblée, certains représentants français des théories de Kræpelin étaient allés trop loin, croyant même avoir établi la pathogénie (auto-toxique) et l'anatomie pathologique (atteinte neuro-épithéliale) de la maladie nouvelle. Cependant, il y a vers le progrès un chemin raisonnable qui passe entre la routine et le snobisme. Kræpelin, avec sa loyauté et son sens clinique, auxquels il faut rendre hommage, revient bientôt sur ses pas en 1912 en créant le groupe des paraphrénies. En France, Sérieux et Masselon n'ont jamais admis l'extension excessive de la démence précoce.

Le bénéfice de ces théories nouvelles rectifiées a été une description clinique plus précise de l'hébéphrénie au sens de Kræpelin en 1912. Reste à savoir si elle doit être considérée dès le début comme une démence ou non. Il est exact que le fléchissement de l'activité vitale, le désintérêt, l'inertie initiale ne guérissent pas dans la plupart des cas, s'aggravent progressivement et se compliquent ensuite d'un déficit intellectuel véritable. On

peut donc sans doute appeler la maladie une démence et même une démence précoce, mais ces termes risquent de masquer le fait qu'au début et souvent pendant longtemps il y a plutôt entravé que déficit, l'élément animateur manque mais les virtualités intellectuelles persistent. Si l'on veut opposer dans un triptyque la confusion, la démence et l'hébéphrénie, on pourra dire que dans la démence il y a déficit lentement progressif du psychisme et surtout de l'intelligence ; dans la confusion il y a obnubilation, défaut de clarté, brouillard dans la perception et la reconnaissance, fatigabilité mais persistance d'effort mental ; dans l'hébéphrénie, il y a manque de vigueur de l'activité mentale avec possibilité de manifestations transitoires d'une intelligence à peu près intacte mais inutilisable.

L'accord paraissait se faire entre l'Ecole de Kræpelin et la psychiatrie traditionnelle française quand la question rebondit avec la schizophrénie de Bleuler. Dépasant largement Kræpelin, Bleuler englobe dans la schizophrénie presque toutes les psychoses, sauf, peut-être, la maniaque-dépressive dont l'importance est restreinte. Sans doute cette synthèse nous est présentée sous forme d'un groupe de maladies, mais d'un groupe dont les éléments ne sont guère distincts. Ici, le parallèle n'est plus à faire entre schizophrénie et démence mais entre schizophrénie et folie. La schizophrénie de Bleuler a été acceptée avec beaucoup plus de docilité que la démence précoce de Kræpelin parce que ce terme, ne comprenant explicitement ni la démence ni la précocité, pouvait tout absorber sans contradiction évidente dans les mots. Etymologiquement, schizophrénie signifie déchirure, dissociation, et a été créée pour exprimer d'abord les troubles de l'association des idées, symptôme principal de la maladie au début du livre ; puis, quand Bleuler étudie l'aspect délirant de son groupe morbide, il pense non plus aux hébéphréno-catatoniques qui servent de base à la description des premiers symptômes mais aux délirants chroniques. Alors la schizophrénie a pour symptôme capital l'autisme qui signifie pensée déréelle en opposition avec la pensée normale adaptée au réel. Minkowski, s'attachant au dynamisme vital, parle de perte de contact vital avec la réalité ; il élabore une conception plutôt psychopathologique que nosographique et reste loin d'assimiler la schizophrénie à la démence. D'autres auteurs, Rogues de Fursac en particulier, pour mieux expliquer les symptômes traditionnels, donnent au terme schizophrénie le sens d'une discordance entre les fonctions psychiques intellectuelles, affectives et volontaires. Enfin, une dernière conception utilisant les résultats des tests de

Rorschach veut voir dans la schizophrénie une dissociation des ensembles avec capacité de n'en saisir que les détails. Soit cinq conceptions différentes qui n'ont de commun que le mot dissociation.

Beaucoup de ces malades finissent dans l'affaiblissement mental. Aussi certains auteurs tendent-ils à parler d'une « démence schizophrénique » qui serait la dernière période de beaucoup de délires et se terminerait par une sorte de dislocation intellectuelle reprenant ainsi le sens initial de Bleuler. Cette démence, dite schizophrénique, rappelle beaucoup la démence vésanique de nos prédécesseurs. Je dois avouer avec sincérité que sa description ne me paraît pas plus précise ; à diverses reprises, en particulier dans mon travail sur les stéréotypies (1), j'ai essayé de montrer combien le terme de schizophrénie me paraît faux pour la synthétiser. Il s'agit d'une démence par fixation invariable des mêmes thèmes, solidarité excessive d'éléments autrefois associés, perte de souplesse mentale. « Dans l'affaiblissement dit schizophrénique, on constate que certains ensembles psychopathologiques ont acquis une solidarisation excessive et un déroulement obligatoire jusqu'à la fin dès qu'ils sont déclenchés et que, d'autre part, ils sont devenus imperméables à des possibilités d'inhibition, de modification, d'adaptation provenant de l'activité cérébrale générale. A côté de ces ensembles privilégiés et émancipés, l'activité générale des centres nerveux est d'abord entravée et devient progressivement défaillante dans les cas graves... D'un côté, nous trouvons la permanence, la répétition, la fixation des idées, des gestes, des attitudes, le défaut d'adaptation à l'actualité, l'improductivité de péripéties nouvelles ; d'autre part, nous constatons la baisse progressive de toutes les virtualités d'activité mentale, les frayages possibles longtemps inutilisés deviennent difficiles et impraticables. Ainsi s'expliquent le désintérêt, le rétrécissement progressif de la pensée et de l'action de ces malades... » Cet état s'observe non seulement à la suite de la démence précoce de Kraepelin, des délires chroniques, mais aussi des délires d'interprétation correspondant à la paranoïa des Allemands, de certaines psychoses revendicatrices, de beaucoup de psychoses maniaques-dépressives, d'un assez grand nombre de paralysies générales qui n'ont pas complètement guéri après malariathérapie et même dans la sénilité de l'homme normal, je ne dis pas dans la démence sénile grave. C'est une sorte de démence terminale par perte de souplesse mentale,

(1) GUIRAUD, *Analyse du symptôme stéréotypie*. Enc., nov. 1936, p. 221.



comme si le cerveau usé perdait de sa spontanéité vitale pour décliner jusqu'au mécanisme rigide. Mais, point capital, cette variété de démence légère est très variable suivant les individus. Certains maniaques-dépressifs, certains délirants chroniques n'y arrivent jamais. Elle n'est pas la terminaison fatale et obligatoire de telle ou telle psychose déterminée. Son apparition semble due à l'action combinée de la gravité de la maladie et de la prédisposition individuelle. Il serait curieux que l'enseignement de Kræpelin et de Bleuler nous conduisit à préciser la notion de démence terminale. On ne peut vraiment plus dire démence vésanique, le terme est trop désuet. Dès maintenant, on peut retenir la conclusion suivante : la période de démence terminale considérée par beaucoup d'auteurs comme obligatoire dans certaines psychoses ne doit plus être considérée comme faisant partie de l'évolution normale de la maladie ; son apparition, ou son absence, n'a pas la valeur d'un critère diagnostique.

Entre toutes les variations de sens du mot démence, la notion d'incurabilité est celle qui a été le plus tenace. A propos de la confusion mentale, nous avons montré que l'incurabilité tient non pas au syndrome clinique mais à la lésion qui le provoque ; quand cette dernière guérit vraiment, ce qui est rare, la démence guérit. La caractéristique est donc à chercher dans l'évolution lente et prolongée de l'affaiblissement mental avec les critères que nous avons décrits dans le diagnostic avec la confusion mentale. Nous revenons maintenant sur ce point avec l'exemple des traitements modernes de la paralysie générale pour montrer que, quand le sens traditionnel d'un mot s'oppose aux acquisitions indiscutables de la clinique, il n'y a que deux solutions : ou supprimer ce mot ou assouplir son sens. Il s'est trouvé par un heureux hasard qu'une des lésions cérébrales chroniques, qui paraissait la plus irrémédiable, la méningo-encéphalite de la paralysie générale, guérit quand elle est prise à temps et traitée par la malaria ou le stovarsol. Et pourtant, les symptômes cliniques, évoluant parfois depuis des mois ou des années, sont bien ceux de la démence et pas ceux de la confusion. Il y a quelques années ces faits ont été refoulés avec obstination par des psychiatres trop traditionnalistes. Pour eux, les malades présentés au début comme guéris ne pouvaient pas être considérés comme des paralytiques authentiques. C'est alors que nous avons vu surgir ces tabès avec troubles mentaux parce que les réflexes rotuliens étaient abolis ce qui arrive dans au moins 10 % des cas, ces prétendues syphilis cérébrales qui sont rarissimes dans les asiles, comme peuvent en témoigner ceux qui ont l'habitude de l'ana-

tomie pathologique, tels que Marchand ou moi-même. On est allé jusqu'à trier dans les statistiques pour ne conserver que les malades au stade ultime, pour être sûr qu'ils étaient vraiment déments. Comme la malariathérapie est donnée comme traitement de la paralysie générale, et non de la syphilis cérébrale, certains attendent pour s'y résoudre que la maladie soit alors véritablement incurable. La notion d'incurabilité de la démence, qui était un progrès en 1820, est devenue un danger en 1920 et plus encore actuellement. Il faut se résoudre à l'abandonner.

Au terme de cette étude, nous pouvons résumer les variations du terme démence ou plutôt ses assouplissements successifs aux progrès de la psychiatrie. La démence a été successivement une maladie mentale, puis un groupe de maladies mentales caractérisées par l'affaiblissement irrémédiable du psychisme, groupe distinct des affaiblissements congénitaux et des affaiblissements passagers par lésion massive aiguë. Elle est devenue ensuite un simple syndrome clinique d'affaiblissement mental chronique, fréquent mais contingent dans un certain nombre de psychoses. Enfin, on doit la considérer actuellement comme un syndrome lentement progressif, habituellement mais non toujours irrémédiable, son évolution dépendant de la lésion causale. L'histoire des variations de cette notion nous enseigne qu'en présence de faits nouveaux la terminologie doit s'adapter à eux et non leur faire obstacle. Le mot est un esclave et ne doit qu'obéir.

---

# PSYCHIATRIE ET BIOTYPOLOGIE

## *La psychiatrie et le problème des tempéraments*

PAR

J. DUBLINEAU

La question des types humains est de tous les temps. En dehors de la recherche artistique des « canons », les médecins ont vu que la forme commandait certaines dispositions ou prédispositions caractérielles et morbides. L'importance du psychisme comme facteur de discrimination explique l'importante participation des psychologues et des psychiatres à la recherche d'une solution. Le rôle de la psychiatrie sera seul retenu ici.

### I. Position générale de la psychiatrie face aux problèmes typologiques

1° Pour ancien que soit le problème, le premier pas reste, pour certains, encore à faire. Y a-t-il ou non des types humains ? Telle population comprend-elle un certain nombre de types ? ou au contraire les différences morphologiques, — par ailleurs indiscutables, — qu'on y observe, ne sont-elles que l'expression dégradée d'un type médian idéal ? L'emploi des statistiques mathématiques n'a pas amené de conclusions définitives : on discute encore malgré elles sur la nature des types eux-mêmes. Certes, on admet en général un type court et un type long. Mais que de modalités ! Les anciens décrivent quatre types, que retrouvent Sigaud et ses élèves. Kretschmer en retient trois, mais hésite sur la signification du tempérament athlétique, qui lui est propre. Viola situe les deux types de part et d'autre d'un normotype idéal, compte non tenu des types mixtes. Pour lui, la diversité est telle qu'on ne peut guère parler que de « constitution individuelle ».

même pour des séries homogènes de sujets (recrutement régional par exemple).

Car, voici un autre problème : les critères raciaux se superposent-ils aux types humains en respectant, pour chaque groupe ethnique, la classification typologique ? Interviennent-ils dans la détermination et la répartition de ces types ? Un pyémique, un leptosome sont-ils des types universels, ou seulement vrais pour une race donnée ? Dans le cadre d'une même race, que devient leur répartition régionale ? Quels facteurs déterminent, si elles existent, ces répartitions ?

On voit avec quelle modestie doit être abordé le problème typologique. Cette modestie toutefois ne peut être inhibitrice. Rien n'empêche, dans le cadre d'une méthodologie générale, de s'en tenir à des buts limités.

Mais cette méthodologie elle-même a-t-elle sa formule définitive ? Entre le physiognomiste intuitif, ou interpréteur subjectif de « petits signes », et le chercheur avide de démonstration chiffrée, toutes les positions ont été prises : caractérologiques, anthropobiologiques, médicales. On a fait appel à des points de vue spéciaux (psychophysiologiques, sociologiques, criminologiques, ethniques, etc...). D'où une foule de documents auxquels manque le lien des corrélations. Encore pour certains, les mensurations ne sauraient-elles exclure la description morphologique.

2° Face à ces problèmes, la psychopathologie occupe, pour considérer les faits, une situation à la fois privilégiée et difficile. Privilégiée, certes : les cas psychiatriques, — cas extrêmes —, caricaturent des tendances peu nettes chez le sujet normal. Sans retomber dans une phrénologie démodée, on peut penser que cette accentuation de traits ne laisse pas le biotype indifférent. La psychose, sauf exception, apparaît rarement d'emblée. L'ont souvent précédée des particularités psychiques : d'où la doctrine des « constitutions ».

D'autre part, la psychiatrie est étroitement liée aux points de vue sociologiques, lesquels interviennent dans la question des types humains, influençant, notamment chez l'enfant, les questions de croissance et d'éducation.

Et pourtant, cette situation avantageuse du psychiatre est rendue difficile par les objections qu'elle suscite. Sont d'abord en cause deux principes : relations du tempérament et du caractère, du caractère normal et pathologique. Mais surtout, on reproche à la psychiatrie ses méthodes anti-scientifiques. Elle procède cliniquement, et non pas corrélations mathématiques. « Il n'y a pas,

écrit Thorndike, en types mentaux, de classification simple qui soit raisonnable. Les psychologues les plus éminents qui ont étudié les différences individuelles les évitent soigneusement. Elles sont proposées, le plus souvent, par des littérateurs et des psychiatres, ignorants ou presque de tout ce qui a été fait en matière de mesure de corrélation. »

Si, malgré des reproches de ce genre et les réserves qu'elles appellent en effet, les classifications psychiatriques gardent leur autorité, c'est sans doute qu'elles répondent à des données intuitives anciennes. Même si elles n'avaient qu'une valeur d'ordre pratique, elles ne pourraient être négligées. Elles se doivent en revanche de tendre à plus de rigueur. Elles montrent en tout cas l'attachement traditionnel de la psychiatrie aux questions de terrain.

## II. Participation de la psychiatrie aux classifications typologiques

La psychiatrie a su, en effet, s'agréger à tous les groupes de classifications typologiques et enrichir chacun d'eux de ses apports.

1° **TYPLOGIES CARACTÉROLOGIQUES.** — Après les typologies caractérologiques plus ou moins liées à la psychologie traditionnelle (Fouillée, Paulhan, Perez, Malapert) le souci apparaît, avec Ribot, d'intégrer l'étude du caractère dans celle de la personnalité. Certains types de Ribot se rattachent à une conception totale de l'individu. Mais l'étude en demeure surtout intuitive : la caractérologie, en fait, cherchait encore sa voie. On dégage des « principes de caractérologie ». Klages, par exemple, conçoit le caractère comme le symbole de la Vie, dont, en disciple de Nietzsche, il proclame la prééminence sur l'Esprit. Dans l'ensemble des manifestations de la Vie entrent des éléments plus ou moins contraires. L'étude du caractère doit donc être considérée comme un rapport de proportion entre le dynamisme vital et la résistance à ce dynamisme. Il existe une « proportion caractérielle » qu'il s'agit de déterminer.

À l'application de ces « principes » la psychopathologie va concourir, grâce à ses méthodes personnelles : cliniques, introspectives, expérimentales.

Du point de vue *expérimental*, ce sont les types tirés par Rorschach de l'analyse des taches d'encre. Jaensch, de son côté,



se base sur l'étude des images éidétiques pour isoler les types intégré et désintégré, basewoïde et tétanoïde (B-type et T-type).

Du point de vue *introspectif*, ce sont les types freudiens, d'où ressortit également la classification de Jung en intra- et extra-vertis.

Restent les méthodes *cliniques*. A ce point de vue le problème évolue avec Kræpelin, Dupré, Bleuler. Kræpelin isole la notion de démence précoce, Bleuler celle de schizoïdie. Se constitue, avec Dupré, la doctrine des constitutions, qui sert de base à la description, par Delmas et Boll, de la personnalité humaine.

Peu à peu, s'édifie, à la lumière de recherches progressivement plus biologiques, la conception même du caractère (Boven). Parallèlement on insiste, avec les phénoménologistes, sur l'importance du facteur évolutif qui tend à réduire, au bénéfice d'une « psychologie individuelle » (Adler), la valeur des constitutions.

Dans la diversité de ce premier apport, il est difficile, et sans doute peu désirable, de faire un choix. Jusqu'à ces dernières années, la psychiatrie française n'acceptait pas sans réserve le flou et le nuancé d'une caractérologie à la Rorschach ou la conception d'une psycho-pathologie trop strictement individuelle. Actuellement, une vue plus dynamique des choses, favorisée par le néo-jacksonisme (H. Ey) et les travaux de Janet ont assoupli cette manière de voir au détriment de la doctrine des constitutions. On n'admet plus guère que des tendances (Heuyer) mais le problème se situe alors exclusivement sur le plan caractérologique. Reste à le réintégrer dans une conception plus générale du tempérament.

2° TYPOLOGIES CENTRÉES SUR LA NOTION DE TEMPÉRAMENT. — Avec le groupe des tempéraments nous quittons le plan psychocaractériel pour celui, plus traditionnel, de la médecine hippocratique. Dans cette notion de tempérament intervient la personnalité biologique tout entière, avec sa résistance variable à l'action des agents extérieurs. La doctrine a abouti en définitive à la conception moderne de Sigaud, qui a elle-même évolué du vivant de son auteur. Ce dernier s'était primitivement contenté d'individualiser des types *forts* et des types *faibles*. Puis, progressivement, la doctrine se complète. Les quatre tempéraments traditionnels : respiratoire, musculaire, digestif et cérébral, présentent chacun des types plats et ronds, de significations biologiques diverses. La tradition du Maître lyonnais, développée par Theoris d'un côté, Mac Auliffe et Chaillou de l'autre, a été reprise

sur le plan psychiatrique par Corman. Pour ce dernier, les tempéraments s'ordonnent en gros autour des notions générales d'assimilation et de désassimilation, d'anabolisme et de catabolisme. L'importance du tempérament apparaît par exemple dans la paralysie générale, où les formes cliniques semblent en rapport avec la morphologie.

Dans la conception de Sigaud, le côté psychiatrique n'a été abordé qu'accessoirement. Seule est soulignée la prédominance des affections mentales dans le type cérébral, en vertu de cette notion générale, que semble la plus prédisposée aux affections correspondantes la partie de l'organisme morphologiquement la plus développée. Mais la formule même de la psychose ne semble pas (en dehors de la thèse de Corman) être entrée directement en jeu.

Il appartenait à Kretschmer de dogmatiser la question des types humains en partant des syndromes psychopathiques. La doctrine est trop connue pour être rappelée. On sait moins en France que cet auteur a évolué dans ses conceptions. L'évolution a porté essentiellement sur le tempérament athlétique, qui constitue à notre avis la partie originale de l'œuvre. Kretschmer a vu, en effet, que le tempérament athlétique constitue déjà un type, sinon déformé, du moins spécial, *non intermédiaire* au psychique et à l'asthénique.

Dans ses dernières éditions, Kretschmer reconnaît à l'état athlétique un caractère « visqueux ». Il en fait donc définitivement un troisième type psychoclinique, en dehors de la cyclothymie et de la schizothymie. Mais le tempérament athlétique a-t-il des correspondances psychopathologiques ? Sur ce point, Kretschmer a été plus hésitant. Dans son édition française, il réserve le problème de l'épilepsie essentielle. Par contre, dans son ouvrage avec Enke sur « La personnalité des athlétiques » (1936), il reconnaît la participation fréquente de l'athlétique aux états épileptiques et (fait doctrinal important) à la catatonie. La position de l'auteur allemand reste d'ailleurs moins nette dans « Körperbau und Charakter », et ce, même dans les éditions postérieures à l'ouvrage sur les athlétiques.

Dans l'étude des rapports de la schizophrénie et de l'épilepsie Mme Minkowska, s'appuyant sur les œuvres de Kræpelin et de Bleuler, a fortement marqué les rapports du tempérament athlétique non seulement avec l'épilepsie, mais encore avec l'état épileptoïde et sa glischroïdie. Sur le problème de l'épilepsie, on connaît la position réservée des neuropsychiatres français. L'épilepsie est-elle ou non héréditaire ? On produit des statistiques.

On s'efforce de séparer d'elle le problème du tempérament. Or, les recherches électro-encéphalographiques semblent montrer que le problème de l'épilepsie est largement dépassé par les faits. Des tracés similaires ont été trouvés, dans les familles d'épileptiques, tant chez les sujets sans crises que chez les comitiaux proprement dits. Que le problème soit lésionnel, architectonique, sympathico- ou vasculo-glandulaire, ce sont là, certes, points capitaux. Mais ils n'enlèvent rien, au contraire, à la notion que tel type de crise (hystérique, épileptique ou autre) se manifeste plus volontiers avec tel type de tempérament. Nous ne croyons pas qu'on puisse s'autoriser à nier l'un des deux problèmes au bénéfice de l'autre.

Quoi qu'il en soit, la doctrine des tempéraments a, comme on le voit, fortement marqué la psychiatrie contemporaine. En France, pays de Sigaud, le problème du tempérament a évolué sous des formes très différentes de celles de cet auteur. Après une longue éclipse, le tempérament renaît sous les espèces assez vagues d'un « néohippocratismes » à orientation exclusivement humorale. Cette orientation est liée à notre connaissance de phénomènes, eux-mêmes généraux (chocs anaphylactiques ou colloïdoclasiques, conditions biologiques de résistance et d'allergie). On y a associé, sur le plan physiologique, des tentatives de classification en fonction du tonus vaguesympathique (Garrelon, Tinel, Santenaise, Claude). Il manque seulement à ces notions de s'intégrer plus complètement à un type morphologique déterminé, encore que des efforts dans ce sens aient été tentés.

Que ce néohippocratismes indique une évolution heureuse, c'est évident. La conception nosologique de la médecine y perd de l'importance au profit de la notion réactionnelle du terrain et, du point de vue plus particulier de la typologie, au profit de la chimio-endocrinologie. Pourtant, avant que cette dernière nous permette des diagnostics biologiques individuels, force est bien de grouper les faits sous des étiquettes génériques plus ou moins dépendantes de la biométrie. Le diagnostic biologique ne dispensera pas, au surplus, de l'étude d'autres problèmes (tels ceux des groupes sanguins ou de la formule blanche), par lesquels il n'est pas impossible que se dessinent des plans de clivage nouveaux.

Inversement, l'étude du tempérament ne saurait se satisfaire d'une appréciation descriptive des formes extérieures. Aussi bien, est-ce sous l'angle endocrino-humoral que le problème a été abordé dans ces dernières années. En dehors de l'œuvre d'un Marañon, Kretschmer, par exemple, est de plus en plus porté

vers la détermination de formules bio-glandulaires. Des recherches récentes de l'école de Marburg, basées sur une technique nouvelle de la réaction d'Abderhalden, autoriseraient pour le psychiatre allemand de grands espoirs. Avec Mall et Winkler. Kretschmer pose à son tour, dans des termes très généraux, le problème de la résistance individuelle.

Il insiste sur la nécessité de mettre en évidence des problèmes de défense spécifique : « Pour cette mise en évidence, il est « nécessaire de stimuler l'organisme, car, à l'état de repos, les « grandes constitutions semblent être cliniquement peu différen- « tes les unes des autres ou plutôt indivisibles dans leurs diffé- « rences, ce qui se fait probablement sur des effets végétatifs et « nerveux antagonistes, respectivement des effets d'inhibition « chimique, de sorte que, même de grandes différences de la base « constitutionnelle s'effacent vers l'extérieur et restent sans effet « visible. » Il faut donc obtenir une décompensation passagère. Ce sont des décompensations spontanées de ce genre que donnent à l'état aigu les maladies, les crises, à l'état chronique, les évolutions chroniques qui « s'expriment » plutôt dans des stigmates de la structure du corps. « Nous ne pensons plus, conclut Kretschmer, en « maladies », mais en « variantes » de biologie totale » (*Revue intern. de neur.*, janvier 1942, en français).

3° CLASSIFICATIONS ANTHROPOLOGIQUES. — Les conceptions précédentes étaient basées sur des critères morphologiques et caractérologiques, les mensurations n'intervenant qu'en second lieu. Les anthropologistes leur opposent la prééminence de la mesure systématique. En fait, ils ont été surtout conduits à des études générales, visant les caractères raciaux, plutôt que, dans une race donnée, les différents types d'individus. Par la suite, l'anthropologie devait trouver une application pratique dans la criminologie. Depuis Lombroso et le dépistage des stigmates criminologiques, on connaît la vitalité persistante de l'Ecole criminologiste italienne. Di Tullio, sur une base très large, s'est attaché à la classification des « types délinquantiels ». Problème capital au point de vue de la psychiatrie médico-légale.

Pour la détermination des types humains, Manouvrier décrivait l'*indice skélique*. Depuis, d'autres indices ont été préconisés. Beaucoup de ces derniers sont orientés autour des quelques éléments fondamentaux que représentent : poids, taille, circonférence thoracique (Pignet, Vervaeck, Brugsh, Röhrer).

On doit souligner l'importance du mouvement anthropologique en typologie. L'anthropologie a apporté l'idée et la tech-

rique de la mesure. Mais elle ne vaut que : 1) par l'attribution, aux chiffres trouvés, d'un coefficient de signification qui rende les mesures comparables entre elles ; 2) par la connaissance complémentaire de données fonctionnelles.

A ce point de vue, l'italien Viola définit la constitution individuelle comme une combinaison de variations physiques, affectant des caractères communs à tous les individus normaux d'une espèce donnée. Les mesures ou indices permettent de dégager un « normotype ». Celui-ci tend, soit vers le brachytype microsplanchnique, soit vers le longitype microsplanchnique. A côté de ces types purs existent des types mixtes. La notion de brachy- et de longitypie est donnée par la comparaison des indices de certaines mesures, chaque indice et mesure étant évalué en fonction de son écart sigmatique. Quelques indices synthétiques résument l'ensemble des investigations.

4° LA CONCEPTION BIOTYPOLOGIQUE. — On a regretté que Viola ne recoure pas, dans son « système clos », à la céphalométrie. L'appréciation craniologique et physiognomique fournit en effet des éléments de premier ordre pour une classification intuitive de l'individu. D'autre part, chez Viola, le point de vue psychologique n'intervenait que médiocrement. On doit à Pende d'avoir été plus loin, et d'avoir tenté une synthèse tant anthropologique (extension des mesures à la tête) que psychologique (recherche des corrélations somatopsychiques). Ainsi, la formule prend-elle un caractère *biotypologique*. La préoccupation essentiellement biologique et fonctionnelle de l'auteur l'amène comme Sigaud à placer sur un pied d'égalité ses « biotypes », longilignes ou brévilignes. Toutefois, chacun d'eux présente deux variantes, une sthénique, une asthénique qui trouvent leur « caricature » dans des types d'endocrino-pathologie clinique.

Très objective dans sa technique, la méthode « pyramidale » de Pende envisage les quatre faces de l'individu : morphologie, tempérament, caractère, intelligence. Elle a donné lieu pourtant à critique. On lui a reproché, soit de faire état de données endocrinologiques encore incertaines, soit (Schreider) de ne pas tenir un compte suffisant des données sociologiques.

La position du typologiste paraît en fait difficilement attachable. Il considère précisément sa science comme une synthèse de toutes les techniques, quelles qu'elles soient, aboutissant à la détermination des biotypes. Laugier se propose d'unir les méthodes, de définir mathématiquement les corrélations. Il faut à cet effet que soient objectivées, c'est-à-dire en fait chiffrées, les



constatations. Il faudrait pouvoir ensuite comparer chaque mesure aux autres pour dégager par cette « analyse factorielle » un petit nombre de caractères susceptibles d'être rattachés à un type déterminé. A Toulouse revient l'honneur d'avoir associé en France la psychiatrie à cet effort. Mais comment une telle association peut-elle se concevoir ? Ici se pose un problème méthodologique.

### III. Recherche d'une méthodologie typologique en psychiatrie

1° La technique suppose au départ deux ordres de détermination entre lesquelles il s'agit par la suite d'établir des corrélations : détermination du type anthropologique d'une part, psychopathologique d'autre part.

1) POUR CE QUI EST DU TYPE ANTHROPOLOGIQUE, les schémas Kretschmériens sont incontestablement les plus représentatifs. Mais il y a les cas mixtes, dysplasiques ou indéterminés. Ce problème serait plus simple si l'on pouvait évaluer en chiffres le taux prédominant de la « proportion » typologique. Le sujet est moins un asthénique que « dans une certaine mesure » a-sthénique et, « dans telle autre, — également à chiffrer — », pycnique ou athlétique (en admettant que d'autres types ne soient pas à individualiser). Forme du buste, contour du visage de face, forme du profil céphalique, constituant, avec l'importance du système ostéomusculaire, les éléments essentiels d'appréciation. Pour la pratique courante, l'observation, guidée par les calculs de base et d'indices, serait largement en mesure d'accorder au sujet une cote approximative et de déterminer en chiffres cette *proportion typologique* qui semble une condition essentielle de l'anthropologie clinique. Celle-ci, à son tour, ne vaut que dans la mesure où elle sera considérée comme le premier temps de déterminations « en profondeur », sur le plan humoral ou endocrinien.

2) POUR CE QUI EST DU TYPE PSYCHOPATHOLOGIQUE, son appréciation, si elle n'est pas foncièrement intuitive, échappe du moins jusqu'à présent à la biométrie (mimique, verbe, etc.). Pour faire œuvre utile, il faut s'efforcer néanmoins d'intégrer à la Biométrie le plus grand nombre possible de ses facteurs. On s'efforcera donc de dénombrer les faits susceptibles d'appréciations numériques et éventuellement justiciables d'une recherche de corrélations.

Parmi ces facteurs, les somatiques sont les plus aisés à appréhender. On les visera donc d'abord. Mais il n'est pas certain que les facteurs psychologiques échappent à la mesure. L'étude du *comportement* (par exemple : analyse de la conduite en Internat médico-pédagogique avec nombres d'infractions, sériation de ces dernières, etc...) peut se chiffrer. On pourrait aller plus loin. Mais il est certain que la part de l'« inmesurable » reste encore considérable. Si la réduction au chiffre de la nuance psychologique reste, pour la précision de la recherche, un but et un stimulant, on ne voit guère, — si tant est que ce soit désirable, — comment ce but pourrait être atteint.

Reste la méthode des *tests*. Le test banal réalise une expérience imposée, dont on suit les conséquences dans un temps donné. Il peut donc, dans une certaine mesure, renseigner sur les tendances profondes, caractérogiques, voire somatologiques (microorchidie par exemple chez l'enfant qui rougit pendant l'épreuve).

Mais le test ne peut être répété. L'expérience est unique. D'où l'intérêt des techniques, qui loin de pâtir de cette répétition, se baseraient sur elle dans un but typologique. C'est le cas de la méthode *réflexologique*. La possibilité pour l'expérimentateur, de varier l'épreuve en fonction du sujet, en fait une épreuve où les capacités d'acquisition et de différenciation, — soit, en langage réflexologique, d'excitation et d'inhibition, — se présentent selon une formule personnelle. Cette formule demande d'ailleurs, pour être interprétée correctement, une mise au point, moins de la technique, que des conditions de lecture des résultats. Pavlov en effet étudie essentiellement la « combinaison » conditionnelle. Or, avec une technique motrice volontaire, comme celle d'Ivanoff-Smolensky chez l'enfant, le graphique inscrit non seulement les réactions du sujet aux excitants proposés, mais encore son comportement dans l'intervalle des combinaisons. Dans l'interprétation typologique des cas, force sera donc de tenir compte des enseignements de ce comportement des intervalles. A ce prix, la technique des réflexes conditionnels, intervenant comme élément dans une série d'autres déterminations, apporte au bilan typologique son témoignage synthétique d'expérience individuelle vécue.

2° En dehors du comportement, la psychiatrie apporte à la psychologie sa connaissance des interactions individu-*milieu*. Or, il existe des typologies sociologiques (Mikhaïlowski, Lazourski). Un problème comme celui du « bourgeois domestique » montre bien comment le comportement dépasse le biotype.

Au-dessus des deux « parties », homme et femme, dont chacune possède sa structure typologique, il y a un « Tout », à savoir : le comportement réciproque de ces parties du « Tout ». « Tout » indisséquable, résultat de la réduction des parties dans une nouvelle entité : le couple. Cet effort de synthèse, de « compréhension » (au sens phénoménologique) d'un ensemble de conduites entendues elles-mêmes comme une « forme », au sens gestaltiste du mot, déborde, tout en lui adhérant intimement, le problème biotypologique.

3° Encore n'envisage-t-on ici qu'une cosmologie limitée : celle d'un couple conjugal. S'y doit ajouter le problème de l'individu dans sa *lignée*. Le biotype s'ordonne en partie en fonction de cette lignée. Connaitre cette lignée devrait pouvoir conduire à des éléments de prévisibilité quant à la structure du sujet.

4° A cette question se rattache celle de l'évolution du biotype dans l'ontogénie. Dans quelle mesure les formes du premier âge peuvent-elles faire prévoir celles de l'adulte ? A quoi reconnaître que telles « dispositions » s'orienteront vers tel type ? Question capitale en psychiatrie infantile et, par cette dernière, en psycho-pédagogie générale. En l'absence de données biométriques précises, la primauté chez l'enfant, pour la détermination des types structuraux, semble résider dans l'analyse des *réactions* du premier âge, spécialement celle de la troisième ou quatrième année. Ces réactions sont alors déjà différenciées, mais encore peu touchées par les gauchissements éducatifs. A ce stade, l'enfant quitte les formes « bébé » pour d'autres, plus adéquates à ses nouvelles dispositions psychiques.

Quant au point de vue anthropométrique strict, il perd chez l'enfant de son importance. Il peut céder, au moins provisoirement, devant le recensement des petits signes anatomo-fonctionnels dont l'inventaire permettrait un diagnostic typologique précoce. Certaines particularités (thorax, massif nasofacial, denture, organes génitaux externes, membres) prennent à cet égard une valeur certaine.

5° La statistique moderne réclame pour toutes ces déterminations l'établissement de corrélations établies sur des séries importantes de cas. On voit aussitôt l'écueil : pour réunir la masse de documents indispensables, le travail d'équipe est nécessaire. Mais alors la vérité du travail risque de souffrir du manque d'unité, l'ensemble n'ayant sa valeur que si le même chercheur a marqué de sa personnalité les diverses disciplines de recherche. C'est surtout vrai en psychiatrie, où tout diagnostic est sujet à caution et à évolution. D'où, si l'on ne peut éviter le tra-

vail d'équipe, l'intérêt, plus haut mentionné : 1° d'une entente sur un nombre aussi grand que possible de cotations chiffrées qui échapperaient comme telles à la contestation ; 2° d'une comparaison critique constante, — sous une autorité unique —, à la fois du chiffre, de l'observation typologique objective et des données de l'observation psychoclinique.

#### IV. La signification des types et le problème de la résistance vitale

L'ensemble de ces éléments permettrait d'aborder éventuellement le difficile et capital problème de la *signification* des types humains. Question qui, apparemment, ne pourrait être résolue qu'une fois résolu le problème des types. A moins qu'elle n'aide au contraire à la recherche de sa solution. Ici encore, la psychiatrie rend service à la typologie. Elle nous permet de suivre longuement les malades et, comme tels, de les voir évoluer sur le plan non seulement psychiatrique, mais vital. Ce dernier peut même prédominer dans les préoccupations pronostiques (comme par exemple en période de carence alimentaire). L'étude de la *résistance vitale* peut ainsi aider au problème typologique.

1) Pour Sigaud, Mac Auliffe, les types se présentent à égalité au point de vue hiérarchique. C'est à l'intérieur de ces types que se situe la hiérarchie des forts et des faibles. Pour Viola, les prédispositions morbides sont différentes selon que le type est micro ou mégalosplanchnique. Une hiérarchisation plus nette apparaît dans l'œuvre de Kretschmer. Outre sa syntonie, le pyénique de Kretschmer nous est donné comme un sujet adapté au milieu, et, comme tel, moins fragile que le leptosome ou l'asthénique (le cas de l'athlétique étant assez peu abordé à ce point de vue).

Sans ouvrir un débat qui dépasserait le cadre de ce travail, on peut être frappé, au point de vue des antécédents et de l'ascendance tuberculeuse, de la différence entre les pyéniques et les asthéniques, d'une part, les athlétiques, d'autre part. On peut rapprocher ces faits de l'antagonisme classique entre épilepsie et tuberculose, ou de la fréquence, également banale, de la tuberculose dans les lignées ou les antécédents des schizophrènes. L'athlétique paraît spécialement réfractaire à la tuberculose ulcéro-caséuse commune. Cette résistance est moindre pour le pyénique et l'asthénique. Ne peut-on en inférer que l'asthénique

et le pyénique gagneraient à être envisagés conjointement par rapport à l'athlétique ? Diverses considérations d'ordres divers tirées de l'ouvrage même de Kretschmer autoriseraient à le penser.

Résolue ou non par l'affirmative, c'est dans ce sens que la question doit être à notre avis posée. Elle rejoint ainsi *au delà* des types, mais *par l'intermédiaire* des types, les problèmes plus généraux de l'humorisme, et, dans ce dernier, les notions fondamentales de *sensibilisation*, de *méiopragies*, d'*anergie* et d'*allergie*.

2) En toute hypothèse d'ailleurs, la réalité n'est pas simple. Nous n'avons tenu compte jusqu'ici que du fait constitutionnel. Mais il y a les facteurs acquis. Dans quelle mesure les types constitutionnels s'accommodent-ils des modifications psychiques profondes observées par exemple après les encéphalites ? On ne saurait le dire. Inversement on a soutenu (hâtivement peut-être) que les particularités osseuses ou morphologiques pouvaient bien ne représenter que des séquelles d'états caractéromatiques sans signification pour le type actuel.

3) Certes, il y a là autant de données qui compliquent l'interprétation des faits. Dans tous, la psychiatrie intervient à des titres divers, et d'autant plus que le problème fonctionnel prend une importance croissante en typologie. La psychiatrie va même plus loin. Quelle que soit la formule psycho-clinique, elle doit considérer l'individu dans son entier, et ce, sur le plan des fonctions supérieures comme sur le plan somato-caractériel. Forme d'intelligence, structure de la vie morale, sont probablement en rapport avec le type morphologique. Cette corrélation se dégagera peut-être moins d'une étude analytique des fonctions intellectuelles que de leur appréhension globale, dans leur activité synthétique et leur dynamisme. La synthèse psychique suppose en effet un pouvoir de concentration déterminé. Ce pouvoir est variable, tantôt diminué jusqu'à l'incoordination et la dissociation psychique, tantôt au contraire accru, avec hyperconcentration, viscosité. Il ne paraît pas difficile de retrouver dans le premier mode tous les types de dissociation psychopathologique et, dans le second, les états d'hyperconcentration allant de l'hyperlogique au paralogisme, de la passion à la revendication, de l'intérêt concentré à la glischroïdie. Mais ici nous touchons à des problèmes nouveaux, puisqu'ils tendent, grâce à l'étude typologique, à une révision méthodologique et doctrinale de la nosologie psychiatrique.



## V. Révision des problèmes psychiatriques à la lumière des données typologiques

Le point de vue nosologique ne peut certes être méconnu. Dans la difficulté que l'on éprouve à appréhender, par une intuition univoque, l'ensemble des faces d'un cas morbide, il est là pour rappeler que des causes différentes appelleront peut-être des mesures différentes. Mais trop souvent, en psychiatrie, dans l'état actuel des choses, le pronostic est à longue échéance. Le terrain remodèle à son image le tableau psychiatrique plus ou moins aigu du début. A lui, dans ces conditions, appartient souvent le dernier mot. C'est ce que nous montre l'étude successive des états psychopathiques constitutionnels et acquis.

### 1. — ETATS CONSTITUTIONNELS

a) *Les troubles du caractère.* — A mesure qu'elle se préoccupe davantage des questions d'hygiène mentale, la psychiatrie descend des syndromes majeurs vers les états limites. L'appréciation des *troubles du caractère*, tant chez l'adulte que chez l'enfant, est étroitement fonction de la typologie du sujet. Déséquilibre psychique, instabilité psycho-motrice, dysémotivité, états hystéropathiques ressortissent d'une « participation asthénique » marquée. A défaut de tables biométriques précises pour l'enfance, il faut retenir l'importance des petits signes anatomo-fonctionnels eux-mêmes associés à des antécédents pulmo-ganglionnaires, avec un entourage où l'on trouve une tendance marquée au nervosisme, aux pneumopathies, au rhumatisme articulaire, à la chorée. Le bilan typologique ne peut être ici dissocié de l'appréciation caractérologique. Chez l'adulte, la mesure est plus facile, l'athlétique, l'athlético-pyénique sont fréquents chez le coléreux, l'impulsif, le violent plus ou moins épileptoïde.

b) *Les crises nerveuses.* — Toutes les formes de passage existent, de la crise névropathique à l'épilepsie vraie. Les types mixtes sont pourtant peu admis aujourd'hui. L'hystérie elle-même, depuis l'introduction du pithiatisme, laisse l'opinion médicale divisée et troublée, encore que dans l'ensemble la psychiatrie se soit gardée en la matière d'opinions extrêmes.

En fait, puisque la typologie, en dehors des grands types structuraux, se résume dans une proportion, puisque le caractère, —

qui l'exprime par certains côtés —, se conçoit également comme une proportion de structures, ou un « alliage de tendances », il n'est pas absurde d'admettre que la crise spécifique, elle aussi, l'individu. Elle serait ainsi d'autant plus intense, d'autant plus « épileptique » que le sujet présente une proportion asthénique moins marquée. Ce qui deviendrait intéressant désormais, c'est de savoir « dans quelles proportions » le sujet est épileptique. Cette proportion ne peut s'établir que par une connaissance non seulement typologique, mais fonctionnelle de l'individu et de sa lignée. Ainsi, de même que le nombre des types mixtes excède celui des types purs, de même le nombre de crises atypiques doit excéder celui des crises typiques. C'est ce que montre l'observation.

c) *De même pour la schizophrénie.* — Dans la psychopathologie des états affectifs, on oppose encore, bien que le mouvement phénoménologique ait réduit l'importance du fait, les états maniaque-dépressifs aux états de démence précoce, ou plutôt de schizophrénie. Le bénéfice de cette opposition est rapporté à Kræpelin, mais le génie de Kræpelin a peut-être moins consisté dans son établissement que dans la synthèse de la démence précoce. Toutefois, en associant sous la même étiquette, au nom d'une commune évolution, des états apparemment très disparates, il ouvrait lui-même la porte à une compréhension plus large du problème. Où s'arrêter en effet dans cette voie ? Lui-même hésitait pour certains états, comme la mélancolie d'involution. Tout en suivant la conception kræpelinienne, Bleuler tendait à son tour à l'extension de la synthèse. Au delà du fait « démence », relativement limitatif, il parlait de « schizophrénie », mécanisme plus subtil, et comme tel plus général. Peu à peu, on voit dans les travaux des auteurs cette schizophrénie s'intéresser à des domaines apparemment réservés (psychoses séniles, syphilis cérébrale) pour finalement pénétrer le domaine de la maniaque-dépressive. Le sujet se présente souvent, même dans la conception bleulérienne, comme « jusqu'à un certain point » maniaque-dépressif et « jusqu'à un certain point » schizophrène. Bleuler nous amène donc, lui aussi, au problème de la « proportion psychopathique ». Arrive un moment où la schizophrénie perd son caractère nosologique de maladie. Elle devient, selon l'expression même de Bleuler, une maladie « si l'on veut ». Elle se réduit à n'être plus qu'un « état » psychopathologique, et, comme tel, quantitativement variable dans l'alliage psycho-caractériel. Le terme même de schizophrénie devient caduc et trompeur. Il faut lui substituer

une épithète d'où soit exclu le concept nosologique (celle, par exemple, « d'état dissociatif »). Mais la notion de dissociation elle-même, où va-t-on l'arrêter ? Partie de la désagrégation complète, paranoïde et schizophasique, ne peut-elle, du simple point de vue psychopathologique, s'étendre jusqu'à la simple incoordination du déséquilibre émotif ?

Or, parler en l'occurrence de proportion psychopathique, n'est-ce pas, en prenant point d'appui sur la typologie kretschmérienne elle-même, parler, en fait, de proportion typologique ? Proportion à concevoir selon une double orientation : le sujet est en effet d'autant plus schizophrène qu'il est plus asthénique. Mais sa schizophrénie elle-même est d'autant moins « schizophrénique », d'autant plus impulsive et catatonique, que la proportion athlétique est plus marquée dans la formule typologique.

Ainsi, dans la composition d'un état psychopathologique, le problème typologique entre directement en jeu. Le pronostic de l'état maniaque-mélancolique, par exemple, semble lié en partie à la proportion asthénique de l'individu ; l'asthénie prédisposant ce maniaque, ou ce mélancolique, à la « dissociation », voire à la « schizophrénie ».

d) De même encore, la notion de *cyclothymie* ne vaut qu'autant qu'elle tient compte du problème typologique. A côté des cas (les plus fréquents) où la pyéniété assure à l'état cyclothymique sa pureté caractéristique, il en est d'autres où la participation pyénique perd en importance dans le complexe typologique. Alors augmente la proportion des états psycho-pathologiques atypiques. Les plus curieux sont ceux qui s'associent à des troubles du caractère d'ordre impulsif (manie coléreuse ou *melancolia persecutoria* des classiques). Ils réalisent, à côté de la cyclothymie classique, un autre groupe d'états cycliques, qui ne font qu'accentuer, sur le plan du rythme psychique, certaines phases d'excitation de l'anormal caractériel.

e) *Même problème enfin pour les délires chroniques.* — Si le délire est une des formes d'expression de la dissociation, cette dissociation elle-même peut être interprétée comme relevant de mécanismes divers. Le délire limité, partiel, systématisé, ne peut être interprété comme le délire flou, général, des états aigus ou des schizophrènes. Il est le fait d'une hyperconcentration du psychisme sur un point précis. Le type en est le délire paranoïaque ou la polarisation passionnelle. S'il y a dissociation — mais nous ne garderions alors ce terme qu'avec réserve — on

pourrait seulement parler de dissociation intrapsychique, partielle, enkystée, par opposition au délire dissociatif, à formule totalitaire, de l'état paranoïde.

Entre les deux types de délire, s'inscrivent toutes les variétés de « paraphrénies » et en particulier, pour situer la terminologie française, les divers types de « psychose hallucinatoire chronique ». Mais, de la folie lucide à la folie pseudo-déméntielle, voire démentielle vraie du paranoïde, ou si l'on préfère, de la dissociation limitée à la dissociation totale, toutes les gradations existent : ce que nous savons des alliages caractériels amène à penser qu'ici encore, comme pour les crises nerveuses, comme pour les états schizophréniques, l'individu est moins un paranoïde ou un paraphrène que « dans une certaine mesure » un paranoïde et « dans une certaine mesure » un paraphrène. La détermination vers le délire étant acquise sous l'influence de facteurs que nous ignorons, ce délire est d'autant plus paranoïde que le sujet est plus asthénique, d'autant plus paraphrénique qu'il est plus athlétique, — le pycnique se présentant comme intermédiaire aux deux précédents.

Une conséquence directe en découle : non seulement le paranoïde sera au point de vue pragmatique en moins bonne posture pour le travail à l'asile, mais encore il sera biologiquement moins résistant que le paraphrène. Inversement, l'étude du comportement à l'asile (genre et importance des occupations par exemple) devrait pouvoir, associée à l'étude typologique, donner des indications (en dehors du fait : délire) non seulement sur l'importance de la « proportion paranoïde », mais encore sur la courbe probable de résistance générale ultérieure.

## 2. — LA BIOTYPOLOGIE ET LE PROBLÈME DES FACTEURS ÉTIOLOGIQUES

En envisageant le problème du point de vue de l'étiologie, on aboutirait sans doute à des conclusions analogues. Dans l'*alcoolisme mental*, le problème de la résistance est lié au terrain. La résistance apparaît clairement comme dépendant du terrain. Les mobiles essentiellement psychologiques de l'asthénique ou du déprimé s'opposent à ceux, plus ou moins professionnels ou toxicomaniaques, de l'athlétique ou du pycno-athlétique. L'alcoolisme secondaire du premier, parfois modéré, est grave, puisqu'il entraîne, au cas de confusion, la prolongation de cette dernière et l'évolution vers le délire chronique. L'alcoolisme du second, souvent considérable, ne donne guère lieu qu'à des trou-

bles du caractère et, au cas de confusion, à des confusions de courte durée, même si récidivantes. Le sujet se défend, par contre, contre la dissociation. Dans les deux cas, le syndrome est en relation étroite avec la typocaractérologie du sujet. L'alcool ne se présente guère que comme révélateur d'une tendance constitutionnelle. Mais, quelle que soit sa signification anthropologique, le type athlétique semble bien se présenter comme une forme de défense de l'organisme à l'égard de la dissociation psychique. Pourtant, l'alcool est par lui-même un poison hypertenseur et convulsivant. Comme tel il pourrait donc, dans certains cas, modifier la personnalité dans ce sens, même avec une morphologie asthénopycnique ou asthénique.

Des modifications de ce genre, pour lesquelles il conviendrait de savoir ce qui revient au terrain ou au facteur nouveau surajouté, s'observent soit à la suite des *traumatismes céphaliques*, soit après des *traitements de choc*. Ces derniers en particulier déterminent dans certains cas de véritables psychoses expérimentales, dans lesquelles le caractère se transforme, devient difficile (troubles du caractère à type impulsif après cardiazol par exemple). La psychose, alors, change de forme, mais l'état nouveau semble assurer au sujet une garantie de résistance devant les forces anergisantes de la vie. Ce sujet acquiert ou développe artificiellement les propriétés de résistance d'un athlétique.

La *syphilis*, enfin, offre l'exemple d'états à la fois provoqués (états paranoïaques post-malariathérapiques) et spontanés (formes allergiques de syphilis coloniale, malarisées antérieurement et ne donnant, au cas d'atteinte mentale, que des formes de résistance : troubles du caractère, démences frustes avec réactions biologiques négatives, etc.). Dans tous ces faits, la part respective des facteurs surajoutés et constitutionnels reste à déterminer.

### Conclusions

Au total, la psychiatrie apporte à la biotypologie ses traditions d'observations cliniques, où l'individu est envisagé non pas seul, mais en fonction de sa lignée. Elle apporte à la psychologie différentielle des cadres psychopathologiques, eux-mêmes formes extrêmes de nombre d'états constitutionnels. Sans parler de l'énorme problème endocrinien, qui reste au premier plan des préoccupations de demain, l'étude de tels états peut être menée sur le plan objectif d'une psycho-physiologie expérimentale,



où l'analyse du comportement, jointe à l'étude de la lignée et de l'évolution de l'individu, constitue un temps important de l'examen biotypologique.

Inversement, la psychiatrie tire de la doctrine biotypologique nombre de données essentielles pour sa compréhension même. En premier lieu l'intervention du chiffre, du calcul précis des écarts et valeurs et, éventuellement des corrélations, apporte à l'observation un correctif dont il est bon de souligner la portée. Toute psychiatrie paraîtrait actuellement incomplète, qui ne serait pas pensée typologiquement. Mais la détermination typologique amène à reprendre chacun des problèmes psychiatriques traditionnels pour les envisager en fonction d'une conception de l'individu total. Certes, on pourrait objecter que le problème est plutôt posé que résolu. Néanmoins, l'attachement traditionnel de la psychiatrie à la double notion de psychologie et de terrain lui confère une place privilégiée dans le domaine de la biotypologie. Il lui appartient de la maintenir pour faire bénéficier de son expérience d'autres disciplines médicales plus attardées qu'elle dans cette voie.

---

# LES CONSTITUTIONS PSYCHOPATHIQUES

## *Le rôle et la signification des constitutions en psychiatrie*

PAR

F.-A. DELMAS

La doctrine des constitutions psychopathiques a définitivement acquis droit de cité dans la Psychiatrie moderne. Comme toutes les acquisitions solides et affirmées par le temps, elle est l'aboutissement d'un long cheminement qui a débuté avec les premières ébauches de la Psychiatrie et qui s'est précisé lentement au cours des années par l'expérience clinique. Un bref aperçu historique le montrera clairement.

La naissance de la Psychiatrie est essentiellement française. Avec Esquirol, Falret, Moreau de Tours, se dessine le cadre de la Folie héréditaire, congénitale ou innée. Morel le premier décrit une dégénérescence dont la caractéristique est l'existence originelle d'une prédisposition pathologique aboutissant à des affections mentales définies. Magnan, en intronisant dans la nosologie la Dégénérescence mentale, y distingue d'une part des états organiques ressortissant à la débilité mentale à tous ses degrés, et d'autre part des états de déséquilibre psychique donnant naissance à des épisodes psychopathiques divers, mais tous compatibles avec un développement intellectuel normal et souvent même brillant. Le cadre du déséquilibre mental de Magnan, c'est tout le domaine des constitutions psychopathiques.

Après l'époque exclusivement française et couronnée par l'œuvre de Magnan, commence le démembrement de la Dégénérescence mentale. En Allemagne, Kraft-Ebing déjà avait dit : « La folie primaire (paranoïa) représente pour ainsi dire une hypertrophie du caractère normal », et Kahlbaum et Hœcker avaient ébauché un tableau de la cyclothymie. Mais c'est surtout

Kræpelin et son élève Wilmans qui ont nettement décrit les constitutions paranoïaque et cyclothymique ; ils ont été suivis, en France, par Deny et son élève Pierre Kahn pour la cyclothymie, et en Italie par Tanzi et Riva pour la constitution paranoïenne. Très peu de temps avant la première publication de Deny, Dupré avait décrit en France les constitutions mythomaniaque et émotive.

En accord avec la doctrine des constitutions, on a pris l'habitude de décrire maintenant, sous le nom de constitution perverse, le déséquilibre constitutionnel depuis longtemps connu sous les noms de manie sans délire (Pinel), de moral Insanity (Pritchard), de manie instinctive (Morel), d'imbécillité morale (Maudsley), de débilité morale, de folie morale, etc....

Pour être complet signalons que Bleuler en Suisse, Kretschmer en Allemagne, le Professeur Claude et son école, et Minkowski en France, ont proposé, avec de nombreuses divergences entre eux, une constitution schizoïde qui ne nous paraît être qu'une variété de cyclothymie.

Ainsi les constitutions psychopathiques ne sont pas une construction *à priori* et conventionnelle, intronisée brusquement par un théoricien plus ou moins inspiré, ni une simple hypothèse inopinément proposée par l'esprit de synthèse. Comme l'a dit Dupré : « Réalité clinique, à sémiologie objective, et d'ordre psycho-neurologique, la constitution représente en psychiatrie une notion solide, féconde, pleine d'enseignements pour le diagnostic et le pronostic, contenant la formule psychologique de nos malades puisqu'elle en éclaire le présent et en dévoile l'avenir.... »

Il en résulte, pour la nosologie, une division nouvelle et complète entre les Psychopathies organiques d'une part et les Psychoses constitutionnelles d'autre part. Cette division repose d'abord et avant tout sur l'étiologie spéciale des Psychoses constitutionnelles qui sont, au cours de l'évolution individuelle des prédisposés, des efflorescences directes — intermittentes, rémittentes ou progressives — épisodiques ou durables — de leurs tendances constitutionnelles. Mais, en outre et par ailleurs, cette division est corroborée par une série d'autres critères qu'il importe de bien mettre en valeur, car, de leur ensemble, résulte, à l'évidence, l'autonomie originale des constitutions et des psychoses constitutionnelles.

## Origine congénitale ou innée

C'est parce que l'existence d'antécédents personnels chez des sujets atteints de certaines psychoses s'est montrée de façon si fréquente et même si constante, que l'observation clinique, avançant lentement et prudemment au cours du siècle dernier, en est venue à relier ces psychoses à ces antécédents. De plus, celles-là se montraient tellement semblables à ceux-ci, au degré près, qu'on en est venu à constater et à affirmer que les premières n'étaient que l'exagération — progressive ou brusque — ou l'épanouissement — lent ou rapide — des secondes. On ne peut même que s'étonner qu'il ait fallu tant de temps à la psychiatrie clinique pour parvenir à des notions, aujourd'hui couramment admises.

L'attention des observateurs, ainsi prévenue, a pu se porter intentionnellement sur les manifestations les plus précoces des tout jeunes enfants et même des nouveau nés. Soit directement chez l'enfant lui-même, soit rétrospectivement chez les sujets adultes, on parvient à déceler, beaucoup plus facilement qu'on n'aurait pu le supposer *a priori*, la précoce de manifestations anormales dès les premières ébauches du comportement. Il existe des observations de nourrissons présentant des alternatives de dépression et d'hypersthénie, qui n'ont été comprises et expliquées que par l'évolution de manifestations cyclothymiques ultérieures.

Dès la deuxième enfance, le diagnostic devient beaucoup plus aisé, soit qu'il s'agisse d'enfants dont les manifestations ont pu ou peuvent faire prévoir une destinée de déséquilibre confirmée par la suite, soit que des analyses rétrospectives suffisamment précises aient pu mettre en évidence les prodromes anciens de troubles observés à l'adolescence ou plus tardivement. Dupré a bien montré qu'au cours de la deuxième enfance, toutes les tendances de la vie affective active sont exaltées et qu'il y a là une période de déséquilibre transitoire caractéristique de cet âge. Mais, toute proportion gardée et par comparaison, il reste possible d'établir des degrés et par conséquent de porter avec quelque certitude des diagnostics et des pronostics quant aux modalités de déséquilibre existant dès ce moment. Il y a là au point de vue de la prophylaxie mentale des données du plus haut intérêt, à condition de partir de la discrimination des constitutions psychopathiques bien précisée et de se garder de notions aussi vagues et incertaines que celle de l'instabilité, par exemple.

Certains auteurs admettent qu'en plus des constitutions innées, qui restent de beaucoup le plus grand nombre, il peut exister plus ou moins exceptionnellement des constitutions acquises ; c'était en particulier l'opinion de Dupré pour la constitution hyperémotive. Nous avons maintes fois discuté cette question avec Dupré, et notre maître avait fini par nous concéder que les hyperémotivités dites acquises n'étaient le plus souvent que des hyperémotivités révélées chez des sujets à hyperémotivité constitutionnelle contenue ou refoulée. Au centre neuro-psychiatrique du Val-de-Grâce, pendant la précédente guerre, nos collègues et notamment notre ami Livet connaissant notre opinion sur ce point s'étaient ingéniés à rechercher des hyperémotivités acquises parmi nos très nombreux émotionnés de guerre ; aucune n'a pu résister à un complément d'examen anamnestique. Dans tous les cas qu'on a cités, en particulier dans l'excitation post-encéphalitique, il s'agit de syndromes manifestement en rapport avec une séquelle d'affections organiques connues et différenciées non seulement par leur encadrement, mais encore par beaucoup d'autres signes, cliniques et évolutifs.

Ainsi donc, innéité et précocité sont deux caractères essentiels des constitutions psychopathiques et de l'étiologie des psychoses qui peuvent en résulter.

### Permanence et fixité

Bien qu'il existe une évolution des tendances spéciale aux divers âges de la vie, dont l'histoire ne paraît pas avoir été suffisamment étudiée et mise au point, cependant les constitutions psychopathiques paraissent bien être d'emblée des manières d'être permanentes et fixes et toujours persister tout au long de l'existence des prédestinés. On naît et on reste déséquilibré, mais il est dans le déséquilibre inné des variations plus ou moins rémittentes, suivant les âges d'abord, suivant des causes occasionnelles diverses ensuite, suivant des rythmes biologiques jusqu'ici non éclairés, enfin.

SUIVANT LES AGES. — La première enfance est à cet égard, et sauf les exceptions mentionnées plus haut, une période de latence relative.

La deuxième enfance est déjà beaucoup plus révélatrice, bien que ces phénomènes soient quelque peu masqués par la période



d'exaltation des tendances, signalée par Dupré. Notons qu'à cet âge, en plus des manifestations caractéristiques habituelles de l'exagération des tendances, peuvent apparaître déjà des réactions plus nettement pathologiques, telles que le suicide (cyclothymie) ou l'anorexie, les hétéro-accusations (mythomanie).

Avec l'adolescence et plus encore avec la fin de l'adolescence, entre 18 et 23 ans, apparaissent des comportements d'inadaptation sociale qui sont en rapport avec une nouvelle période d'exaltation des tendances constitutionnelles. Tantôt, il s'agit de la première apparition d'un accès plus ou moins franc de mélancolie ou de manie, plus souvent encore d'un accès à double forme. Tantôt il s'agit d'une longue période d'hypersthénie, — équivalent d'un état hypomaniaque léger de longue durée ou d'accès successifs et plus ou moins subintrants d'hypomanie — se traduisant par toute une série d'actes pervers ou antisociaux (excès sexuels, excès de boisson, larcins familiaux, chèques sans provision, romans mensongers, fugues, chantages, menaces, conduite de bourreau familial, etc.). Qu'il y ait ou non constitution perverse vraie associée, l'élément hypersthénique est méconnu et le diagnostic le plus souvent porté est celui de perversité. Or, après plusieurs années parfois de désordres, de dissensions familiales, de délinquance suivie de décisions contradictoires des experts et des tribunaux, après engagement et réforme, on voit, à l'âge physiologique de l'adulte, entre 22 et 23 ans, toute perversité s'évanouir et apparaître un conformisme normal ou au moins suffisant à l'égard des contraintes sociales. La période hypersthénique de nature cyclothymique contemporaine de cet âge est simplement passée.

Par la suite, et au fur et à mesure qu'il avance en âge, le prédestiné voit ses tendances psychopathiques originelles prendre de plus en plus de relief. La quarantaine est l'âge où surgissent la plupart des psychoses paranoïaques. La cinquantaine ou retour d'âge représente une troisième période d'exaltation des tendances cyclothymiques ; peu de ces prédisposés échappent à un épisode maniaco-mélancolique, qui à cet âge peut présenter une durée de plusieurs années.

Enfin la présénilité à partir de 65 ans est encore une phase d'évolution particulière à laquelle peut s'appliquer le vers du poète :

« Tel qu'en lui-même enfin l'éternité le change »

et nous nous rappelons l'observation souvent faite par Dupré devant nous que c'est l'âge où les vieillards s'orientent définiti-

vement soit vers l'humeur souriante et bienveillante à forme euphorique ou, au contraire, vers l'humeur bougonne et pessimiste à fond de dépression.

SUIVANT LES CIRCONSTANCES. — Il est d'observation banale en clinique de voir apparaître des épisodes d'exaltation des tendances ou même des accès psychosiques confirmés sous l'influence de causes occasionnelles, parmi lesquelles les plus fréquentes sont : la menstruation, les infections, la grossesse et l'accouchement avec ou sans puerpéralité, les intoxications (l'alcoolisme surtout), les traumatismes, les chocs moraux, les conflits affectifs.

SUIVANT UN RYTHME. — Il existe des exaltations des tendances, des apparitions d'accès qui ont tous les caractères de la spontanéité. Cette spontanéité tient à des rythmes jusqu'ici mystérieux plus ou moins comparables à ceux qui caractérisent l'apparition de certaines maladies familiales (Tays-Sachs, Friedreich, Parkinson, Hutchinson, etc...). On est bien forcé de reconnaître un tel rythme dans l'apparition des accès pour certaines formes intermittentes à intervalles réguliers et plus encore pour ces formes circulaires où les variations sont d'une périodicité quasi-mathématique et nécessairement indépendantes de causes occasionnelles contingentes.

Mais — et ceci est essentiel — dans les intervalles de toutes les exaltations paroxystiques les tendances morbides qui caractérisent les constitutions psychopathiques ne disparaissent jamais et persistent d'une façon continue. Les anciens auteurs, qui étaient avant tout de bons cliniciens, ont parlé d'intervalles lucides, mais jamais d'intervalles normaux. L'état rémissif peut représenter un état habituel, il n'est jamais qu'un état rémissif. L'éducation, la culture et toutes les disciplines sociales peuvent bien atténuer les signes révélateurs de l'excès des tendances ; celles-ci peuvent rester latentes et plus ou moins méconnues du milieu ; elles n'échappent pas à une connaissance quelque peu approfondie de leur nature et des modes de comportement qui la décèlent ni à la recherche de l'observateur informé.

C'est pourquoi la permanence et la continuité sont des attributs constants des constitutions psychopathiques et c'est pourquoi celles-ci représentent pour cette raison des infirmités chroniques bien plus que des maladies.

On s'est insurgé contre le fatalisme que comporte la doctrine des constitutions. C'est là une critique d'ordre sentimental qui

ne saurait modifier par elle-même une donnée scientifique et s'il était établi que toute constitution comporte une fatalité sans limite et sans remède, il ne servirait à rien de ne pas l'accepter telle quelle. Ce serait une puérilité que de vouloir consoler l'humanité au prix d'une erreur et d'une illusion. Mais les faits ne forment pas un bloc rigide ; ils sont plus nuancés et comportent de nombreuses discriminations. Nous devons mettre en cause bien plus l'imperfection de nos techniques thérapeutiques que la fatalité même des constitutions ; à ce point de vue les perspectives de l'avenir restent illimitées et nous devons avoir la conviction ferme que les choes mieux maniés, l'opothérapie plus judicieuse, les médications du sympathique mieux dosées et tous autres moyens possibles et déjà prévisibles parviendront un jour à améliorer et transformer les états constitutionnels plus vite peut-être qu'on ne parviendra à le faire pour des psychopathies organiques jusqu'ici inaccessibles. Mais en attendant, la psychiatrie ne reste pas entièrement désarmée et il y a un très grand nombre de moyens d'intervenir, tant du point de vue prophylactique que du point de vue thérapeutique, que tout spécialiste connaît bien et ne néglige point.

### Correspondance psychologique

Comme on est parti de la classification des psychoses pour en arriver à la classification des constitutions correspondantes, il était tout indiqué de poursuivre l'effort dans la même voie et de tenter de passer des constitutions aux tendances qui, en psychologie normale, pouvaient leur correspondre. Dans cette confrontation, il s'est trouvé que les constitutions correspondaient bien aux groupements de tendances (ou dispositions affectives-actives), tels qu'ils existent chez tous les sujets et que les premières ne différaient des secondes que par des variations quantitatives, à la manière de modalités de déséquilibre. Le tableau ci-dessous représente cette correspondance :

<i>Constitutions psychopathiques</i>	<i>Dispositions affectives actives</i>
Constitution paranoïaque.	Avidité.
— perverse.	Bonté.
— mythomanaïque.	Sociabilité.
— cyclothymique.	Activité.
— hyperémotive.	Emotivité.

Ainsi l'un des caractères fondamentaux de toute constitution consiste dans cette variation quantitative par rapport à une disposition affective-active normale.

### Pathologie du sympathique

Sans pouvoir entrer dans les détails d'un exposé complet, il est permis de synthétiser globalement la physio-pathologie des états dépressifs de la cyclothymie en disant qu'ils résultent de l'hypotonie du sympathique, d'où, dans ces états, vagotonie habituelle, et celle des états hypomaniaques en disant qu'ils résultent de l'hypertonie du sympathique. Il est bien vrai que rien n'est plus instable et variable que la tonicité du sympathique. Il n'est pas douteux que les états dépressifs à paroxysmes d'anxiété et surtout d'agitation anxieuse modifient la formule générale et que les paroxysmes entraînent de grandes oscillations, et notamment des poussées de sympathicotonie plus ou moins épisodiques ; mais ce sont là des moments exceptionnels qui confirment la règle habituelle.

Quant à l'hyperémotivité, elle dépend surtout de l'amphotonie, c'est-à-dire de l'hypertonie des deux systèmes sympathiques, ortho- et para-. Mais ici encore l'instabilité est fréquente et les variations nombreuses, surtout lorsqu'il existe, chez un même sujet, une association des deux constitutions, la cyclothymique et l'hyperémotive.

C'est aujourd'hui de la grosse clinique que de retrouver la présence d'oscillations du système végétatif dans toutes les manifestations cyclothymiques ou hyperémotives.

S'il existe ainsi une base physio-pathologique pour deux des constitutions, il n'en est pas de même pour toutes les autres. Pour ces dernières leur correspondance physiologique n'apparaît pas de prime abord et le problème qui se pose à leur sujet est plus complexe. Cependant leur liaison avec le sympathique, quoique très indirect, résulte des considérations suivantes.

La cyclothymie joue un rôle certain de sensibilisation ou de déchaînement à l'égard des autres tendances psychiques. Si le terme de catalyse est ici exagéré dans son sens littéral, il n'en est pas moins vrai que la variation cyclothymique, soit par excès (excitation), soit par défaut (dépression), suffit même à un degré léger pour mettre en branle des manifestations paranoïaques, perverses ou mythomaniaques au point que celles-ci puissent

passer au premier plan dans le tableau clinique et masquer l'état dépressif ou maniaque, cependant initial et déchainant.

D'autre part, un grand nombre de ces manifestations des déséquilibres affectifs, quand elles ne sont pas déclenchées par un état d'excitation ou de dépression, sont d'origine passionnelle et résultent alors d'un paroxysme d'émotivité provoqué

Ainsi s'établit une sorte de synergie et partant d'unité entre les diverses constitutions : ce ne sont que celles qui ont une base physiologique et par conséquent un déterminisme biologique précis qui peuvent expliquer non seulement leur propre mécanisme, mais encore celui des autres constitutions ; il faut leur intervention et leur rôle déchainant pour leur propre efflorescence, mais aussi pour l'efflorescence des autres constitutions.

Il semble donc qu'il convienne de donner aux deux constitutions actives une prédominance nette dans la pathologie affective-active ; elles interviennent nécessairement dans le déclenchement des psychoses affectives et établissent le lien entre celles-ci et le sympathique.

### Pathologie affective-active

Il est classique de diviser la vie psychique en vie intellectuelle et vie affective-active. La première est celle qui dépend de l'activité cérébrale proprement dite et sa pathologie est la pathologie cérébrale. Celle-ci est directement liée aux altérations lésionnelles du cerveau ; c'est le domaine des psychopathies organiques.

A cette partie de la psychiatrie s'oppose la pathologie de la vie affective-active ou, comme on dit encore, les troubles de l'humeur et du caractère. Or, rien n'est demeuré aussi imprécis que la délimitation de la vie affective-active ou de l'humeur et du caractère. Rien n'embarrasse davantage que les questions suivantes : « Qu'est-ce que la vie affective-active ? Qu'est-ce qui revient à l'affectivité et quoi à l'activité ? » ou : « Qu'est-ce que l'humeur et le caractère ? Qu'est-ce qui revient à l'un et quoi à l'autre ? »

La connaissance des constitutions psychopathiques permet aujourd'hui de répondre à ces deux questions, qui, en réalité, n'en forment qu'une. En effet, la clinique nous montre que deux des constitutions — et dispositions — seulement sont directement liées au fonctionnement du sympathique ; seules la cyclo-



thymie et l'hyperémotivité peuvent être sans conteste rattachées à une base physio-pathologique par les variations du tonus nerveux et des divers réflexes circulatoires, vaso-moteurs, sécrétoires, etc... qui les caractérisent. Or, ces deux constitutions sont celles qui intéressent directement l'activité — activité spontanée, ou activité provoquée, réactivité — et sont par conséquent les deux qui correspondent aux dispositions de la vie active. Les autres constitutions — paranoïa, perversité et mythomanie — représentent le domaine de la vie affective et résument la pathologie de l'affectivité.

La même division oppose l'humeur et le caractère. Ce sont, en effet, la cyclothymie et l'hyperémotivité qui se traduisent essentiellement par les états d'humeur. Ce terme d'une part s'applique très heureusement à toutes les variétés d'activité, qu'il s'agisse de dépression (humeur apathique, indolente, tranquille, casanière, etc...) ou d'excitation (humeur active, vive, remuante, vagabonde, instable, etc...). D'autre part c'est de l'émotivité que dépendent les quatre émotions fondamentales : joie, peine, peur et colère et les quatre états d'humeur qui leur correspondent respectivement : gaieté, tristesse, inquiétude et énervement avec leurs degrés passionnels respectifs d'ivresse, de désespoir, d'anxiété et de fureur.

Les dispositions de la vie affective au contraire trouvent leur synthèse dans le caractère.

Ainsi troubles de la vie affective-active ou troubles de l'humeur et du caractère englobent tous les troubles relevant des constitutions psychopathiques. Et c'est pourquoi dans celles-ci et dans les psychoses qui en naissent, il n'y a que des troubles affectifs-actifs, il n'y a jamais d'affaiblissement intellectuel, mais au contraire intégrité intellectuelle.

### Pathologie du social

Les constitutions psychopathiques ne compromettent pas l'intégrité vitale ; elles ne la compromettent pas directement et par elles-mêmes, en ce sens qu'elles n'altèrent pas la santé physique et ne créent point un péril de mort. Si un tel péril survient, ce ne peut être qu'indirectement par suite de complications secondaires et toujours contingentes. Certes, un mélancolique anxieux, peut se suicider ; il peut plus souvent encore, par le degré même de l'agitation et de l'épuisement toxique qui s'ensuit, créer une

complication organique, confusion mentale fébrile ou délire aigu et cette complication peut, à l'occasion, être mortelle. De même, un état maniaque aigu peut se transformer en une manie confusionnelle grave, mais une mélancolie ou une manie qui restent mélancolie ou manie ne sont point maladies mortelles.

Cela est encore plus évident pour toutes les manifestations émotives, paranoïaques, perverses ou mythomaniaques.

Si l'on définissait la maladie comme un état susceptible de compromettre l'intégrité vitale et d'entraîner la mort, les constitutions psychopathiques et les psychoses constitutionnelles ne seraient pas des maladies. Mais le concept de maladie doit s'entendre dans un sens plus large. En réalité, la maladie revêt un double aspect : d'une part, elle altère, compromet ou détruit l'intégrité vitale et peut conduire à la mort, d'autre part, elle trouble plus ou moins les relations du sujet avec le milieu et peut aboutir à une inadaptation sociale, momentanée ou durable. En médecine générale, la maladie entraîne surtout la première conséquence, très accessoirement la seconde. En psychiatrie, les psychopathies organiques (paralysie générale, démence précoce, démence sénile, etc...) entraînent les deux à égalité. Ce n'est que dans le cas des constitutions et des psychoses constitutionnelles que la maladie consiste seulement en une inadaptation sociale : elles sont ainsi de la pathologie du social.

### Pathologie du fonctionnel

Parler d'une pathologie du fonctionnel c'est se heurter à des habitudes d'esprit, fortement ancrées dans les disciplines médicales. L'organicité reste la base fondamentale et, pour presque tous, exclusive de la médecine : au trouble de la fonction doit correspondre nécessairement une altération matérielle de l'organe. Les découvertes anatomo-pathologiques qui ont marqué pendant longtemps toutes les étapes des progrès en médecine n'ont fait que confirmer ce point de vue. Et il est bien vrai aussi qu'un grand nombre de névroses anciennes : épilepsie, chorée, etc..., ont été légitimement incorporées au domaine de la pathologie organique. Les découvertes microbiologiques sont intervenues ensuite et, tout en élargissant le cadre des étiologies lésionnelles, elles ont renforcé encore s'il était possible cette notion de la primauté exclusive et nécessaire de l'altération organique, de la lésion dans toute manifestation pathologique. C'est

en ce sens qu'on a répété à satiété : « Il faut penser anatomiquement ». Un peu plus tard, on a un peu timidement ajouté : « Il faut penser aussi physiologiquement ». Aujourd'hui, il convient d'aller plus loin et sans rien retrancher de ce qui a été solidement acquis et qui reste l'essentiel, de déclarer que la lésion n'est pas tout, qu'il peut exister en dehors d'elle et sans elle une pathologie non lésionnelle, qui est la pathologie du fonctionnel, pathologie du fonctionnel pur, sans lésion. S'il reste vrai de penser anatomiquement et physiologiquement, il faut aussi savoir penser fonctionnellement ou, ce qui est la même chose, dynamiquement. Les fonctions, en effet, ont un dynamisme propre, mais variable d'un sujet à l'autre ; elles ont parfois des excès ou des défauts d'un degré pathologique, qui peuvent tenir soit à des rythmes individuels innés, soit à des influences passagères, mais n'altérant ni la structure, ni l'intégrité des tissus. Dans les chocs colloïdologiques, il se produit des troubles d'un ordre purement mécanique et n'ayant rien de lésionnel. La leucopénie n'est que la conséquence d'une variation vaso-motrice répartissant anormalement les éléments figurés du sang mais n'altérant en rien leur structure. La floculation moléculaire de Lumière ne serait qu'une disposition protoplasmique momentanée et réversible n'ayant rien de lésionnel, pas même de chimique mais seulement d'ordre physique.

Tout récemment le professeur Abelous montrait comment une simple variation du tonus des filets sympathiques du rein, sollicités par l'irritation du tissu rénal, pouvait, par sa persistance, entraîner à elle seule le développement progressif de néphrites : il suffit en effet de réaliser la section de ces filets sympathiques pour enrayer net le mal. Ici la lésion n'est rien et, tout, au contraire, le trouble fonctionnel nerveux.

Il est remarquable de voir que les concessions faites par nombre d'auteurs à l'étrange doctrine de Freud ne leur paraissent pas impliquer *ipso facto* l'adhésion à une immense pathologie du fonctionnel : la doctrine de Freud, en effet, est tout entière basée sur une étiologie purement psychogène. Les mêmes, d'ailleurs, semblent aussi ignorer l'aveu capital et découragé de Freud quand il a écrit : « Sans quelque condition favorisante constitutionnelle congénitale, il est probable qu'aucune névrose ne pourrait être. » C'est ramener la condition fondamentale de toute névrose à sa vraie cause : une constitution congénitale et du même coup ruiner toute la construction freudienne.

Au fond de toutes ces contradictions et dans l'opposition que rencontre encore l'adhésion à une pathologie exclusivement fonc-

tionnelle, il y a toute la pression qu'exerce une tradition d'organicité pure. Si l'on arrive à se libérer de cette vieille discipline devenue trop étroite, il apparaîtra facilement que les constitutions et leurs manifestations ont tous les caractères de troubles simplement fonctionnels.

### Conclusions

Les critères ainsi passés en revue concordent tous pour opposer les constitutions et les psychoses constitutionnelles d'une part, les psychopathies organiques d'autre part. Ces oppositions sont résumées dans le tableau suivant :

<i>Psychoses constitutionnelles</i>	<i>Psychopathies organiques</i>
Caractère inné.	Caractère acquis.
Personnalité originellement morbide.	Personnalité ordinairement normale.
Exagération de la personnalité morbide.	Néoformation dans la personnalité.
Correspondance avec l'état psychologique antérieur.	Indépendance avec l'état psychologique antérieur.
Déformation des tendances psychiques générales.	Sans rapport avec les tendances psychiques générales.
Pathologie du sympathique.	Pathologie cérébrale.
Intégrité intellectuelle.	Déficit intellectuel.
Pathologie de la vie affective-active.	Pathologie de la vie intellectuelle.
Maladie surtout sociale.	Maladie plus spécialement biologique.
Intégrité vitale.	Atteinte de l'intégrité vitale.
Evolution toujours rémittente.	Evolution variable.
Infirmité plus que maladie.	Maladie vraie.
Sans anatomie pathologique.	De nature organique.
Affection fonctionnelle.	Maladie lésionnelle.

La doctrine des constitutions aboutit donc à diviser la psychiatrie moderne en deux parties parfaitement distinctes et autonomes, l'une la psychiatrie organique, l'autre la psychiatrie fonctionnelle.

La première se relie plus directement à la médecine générale et, comme elle, met en jeu toute une série de sciences associées ou connexes : physique, chimie, histoire naturelle, anatomie, physiologie, anatomie pathologique, microbiologie.

La seconde a plus de rapport avec la psychologie, l'ethnographie, l'anthropologie, la sociologie, la pédagogie et les sciences morales.

Toutes deux ont en commun la criminalité, la médecine légale, l'hygiène, l'eugénie.

La première dépend surtout des progrès de la médecine générale et de la biologie proprement dite.

La seconde ouvre des horizons immenses et semble devoir prendre une place de plus en plus importante dans tous les problèmes qui intéressent plus spécialement la destinée de l'homme, non seulement ceux de la psychologie proprement dite, mais encore ceux de la création, de l'invention, de la mystique, de la politique au sens platonicien, en un mot ceux de la philosophie en général.

C'est le privilège du psychiatre d'être placé au carrefour de toutes les sciences et d'avoir ainsi la tâche de contribuer à en faire de plus en plus et de mieux en mieux la synthèse harmonieuse.

---



# LA CONCEPTION BLEULÉRIENNE DE LA PSYCHIATRIE

PAR

H. STECK (de Lausanne)

Il est banal de dire que la pensée du maître est souvent déformée par ses élèves. Elle n'est pas fertile si elle ne suscite pas chez les élèves des développements qui la dépassent. Ceci fut le cas pour Eugène Bleuler, le maître incontestable de la psychiatrie suisse. Nul plus que lui n'avait le sentiment de se baser sur ses devanciers et ses collaborateurs. Dans la préface de son œuvre principale, *La monographie sur la schizophrénie*, parue en 1911, il se rattache lui-même à Kræpelin et à Freud et il précise qu'il est impossible de séparer ses propres observations et idées de celles de ses collaborateurs au Burghölzli, en particulier de C.-G. Jung.

Il est donc aujourd'hui presque impossible d'exposer une conception bleulérienne pure. Ceci d'autant plus que l'échange constant avec la psychiatrie allemande où les conceptions bleulériennes avaient trouvé d'emblée un écho très favorable, particulièrement à Tübingue et à Heidelberg, n'avait pas été sans influencer aussi la psychiatrie suisse. Un certain développement des idées bleulériennes ne peut pas être séparé des conceptions de Kretschmer sur les constitutions et le caractère dans les psychoses endogènes. Le livre de Kretschmer « *Körperbau und Charakter* » n'aurait pas pu être écrit sans la conception préalable de la schizophrénie de Bleuler. Bleuler a d'emblée réservé un accueil très favorable aux conceptions du jeune élève de l'école de Tübingue. La psychiatrie suisse s'est également inspirée des conceptions fondamentales de la psychopathologie de Jaspers qui apportait le complément philosophique et critique nécessaire aux conceptions purement cliniques de Bleuler.

Ainsi, tout en acceptant le titre proposé par notre ami René

Charpentier pour cet article du numéro jubilaire des « Annales », je ne puis garantir que mon maître Bleuler souscrirait à tout. Pour ne pas trop trahir sa pensée, je me permettrai d'amples citations, qui, je l'espère, seront d'autant plus instructives qu'elles permettront de mettre en évidence quelques parallèles avec la psychiatrie française. En France, la conception bleulérienne de la schizophrénie fut accueillie plus tard, c'est qu'elle choquait peut-être un peu les conceptions strictement anatomo-cliniques de la neuropsychiatrie française à laquelle nous devons par exemple la claire notion de l'entité de la paralysie générale. L'accueil favorable qu'elle trouvait en Allemagne provenait du fait qu'elle correspondait bien à certaines tendances de la psychiatrie allemande qui, durant tout le XIX<sup>e</sup> siècle, avait connu la lutte entre les tendances psychologiques et les tendances organicistes. On peut même faire remonter quelques conceptions de C.-G. Jung au romantisme allemand.

Bleuler, plus tard, s'est de nouveau écarté de Jung parce que chez lui les préoccupations biologiques étaient prédominantes. Il consacra les dernières années de sa vie, retraite studieuse, à des travaux sur un fondement biologique de la psychologie (*Naturgeschichte der Seele*, *Psychoïde*, *Mnemismus*). Il cherchait, ainsi que son célèbre collègue C. v. Monakow, avec R. Mourgue, dans leur livre sur l'introduction biologique à l'étude de la neurologie et de la psychopathologie, à créer une base biologique à la psychiatrie.

La conception biologique de Bleuler laisse aux fonctions psychiques une place importante et ne les réduit pas à de simples épiphénomènes, comme certains neurobiologistes auraient tendance à le faire. Il est resté éloigné de certaines conceptions trop mécanistes d'inspiration cartésienne. Le principal mérite de Bleuler est certainement d'avoir donné à la psychologie une place importante en médecine et non seulement en psychiatrie.

Là encore, Bleuler s'appuyait sur ses prédécesseurs, surtout sur August Forel, un biologiste antimétaphysicien qui, par l'intérêt qu'il apporta aux problèmes de la suggestion et de l'hypnose, a certainement préparé la voie à Bleuler. Son premier travail clinique important, paru en 1906, « Affectivité, suggestibilité et paranoïa », proclamait nettement la primauté de la psychologie en clinique psychiatrique. La psychiatrie suisse, grâce aux efforts de Forel et de Bleuler, ne s'est jamais désintéressée des questions de psychologie médicale, tandis que l'école anatomo-clinique neuropsychiatrique française non seulement s'en désintéressait d'après le témoignage irréfutable de P. Janet, mais encore la proscrivait directement.

Partisan d'une psychologie moniste dont les bases philosophiques n'étaient pas solides, Bleuler déclare que le psychisme est l'aspect intérieur de ce que nous pouvons apercevoir du dehors comme fonction du cerveau ou du système nerveux. Bleuler était, tout comme Forel, antimétaphysicien, aussi éloigné que lui de Jaspers et de Bergson ; pour lui, la philosophie était une perte de temps. C'est à cette tournure d'esprit qu'est très probablement dû l'insuccès partiel de ses efforts biopsychologiques des dernières années.

Mais il faut partir, chez Bleuler, comme l'a si bien dit L. Binswanger, non pas de la théorie, mais de sa conception éthique sur laquelle nous reviendrons plus tard et surtout du fait qu'il se basait avant tout sur la raison pratique.

Cette raison pratique basée sur aucune théorie de la connaissance qu'il estimait lui-même superflue, si ce n'est pas directement nuisible, dans un travail médical, l'obligeait à reconnaître l'importance des fonctions psychiques et notamment de l'affectivité. Il arrivait ainsi à souligner l'importance des facteurs psychogènes. Dans un travail publié en 1916 sous le titre « Physique et psychique en pathologie » il déclarait en concluant que dans le domaine psychopathologique une maladie ou un symptôme est le résultat de la collaboration de plusieurs conditions, les unes physiques, les autres psychiques. Les notions de physique et psychique correspondent presque aux notions d'organique et fonctionnelle pour autant que celles-ci trouvent une application en psychopathologie. Et il précise ensuite qu'il ne faut pas poser la question ainsi : un symptôme est-il physique ou psychique, mais bien jusqu'à quel point est-il physique et jusqu'à quel point est-il psychique ? Cette précision et cette distinction nous paraissent être un des points essentiels de la pensée bleulérienne qui n'a pas encore trouvé son application partout où elle le mériterait. Pour Bleuler le physique crée la disposition et le psychique la provocation ou détermine les détails de la symptomatologie. C'est dans le domaine de la schizophrénie que ces principes ont trouvé la plus large application.

*La monographie sur la schizophrénie* parue en 1911 constitue l'œuvre principale, l'application méthodique des principes bleulériens. Ce livre fit grande impression dans le monde psychiatrique et l'auteur de ces lignes se souvient qu'en 1917, arrivant chez Rogues de Fursac, celui-ci lui tendit, plein d'admiration, ce volume qu'il venait d'étudier. Rogues de Fursac qui, de tous les cliniciens français, avait le mieux adapté la psychiatrie kræpelinienne, était le premier à comprendre la pensée de Bleuler.

Bleuler lui-même, dans son rapport présenté au Congrès des aliénistes français à Genève en 1926, lui a rendu l'hommage d'avoir écrit un des meilleurs manuels de psychiatrie.

En quoi consiste le progrès de la conception bleulérienne sur la conception kræpelinienne de la démence précoce ? La conception kræpelinienne des psychoses endogènes était un progrès notable sur la nosologie purement syndromatique des cliniciens, notamment aussi la grande clinique française, qui avait surtout fourni une description très détaillée et poussée des syndromes et ne groupait les formes nosologiques que pour autant qu'elles pouvaient être basées sur l'anatomo-clinique. Seule, la conception de Magnan sur les psychoses des dégénérés constituait un premier essai de classification nosologique clinique. C'est cette tentative de Magnan que Bleuler rappelle dans sa monographie.

A cette classification purement syndromatique, Kræpelin, en tenant compte de l'évolution et en réunissant les syndromes jusqu'alors séparés de la catatonie, de l'hébéphrénie, des formes paranoïdes, les démences précoces de Morel, les psychoses hallucinatoires chroniques dans la maladie appelée démence précoce, a opposé dorénavant une nosologie clinique à la syndromatologie pure.

C'est sur ce travail préparatoire de Kræpelin que Bleuler, de son propre aveu, s'est basé pour créer sa conception de la schizophrénie. Mais d'emblée il a dépassé le problème purement nosologique et a cherché à approfondir la symptomatologie en établissant une hiérarchie des symptômes, problème que Kræpelin avait laissé de côté.

Il a essayé de faire une délimitation entre les symptômes cardinaux et les symptômes accessoires, plus tard appelés symptômes primaires et symptômes secondaires. Nous reviendrons plus loin sur quelques différences entre les conceptions initiales de la publication de 1911 et les adaptations ultérieures exposées dans le rapport présenté au Congrès de Genève en 1926 et au Congrès de Bâle en 1929.

Il situe tout d'abord le point de départ de Kræpelin qui avait démontré que toute une série de tableaux fort dissemblables aboutissaient à la même démence, puis il montre qu'il y a des formes qui s'arrêtent à mi-chemin ce qui nécessite l'adoption d'un autre terme que celui de démence précoce. Bleuler choisit celui de schizophrénie en montrant que la dissociation ou ataxie intrapsychique déjà décrite entre autres par Stransky, de Vienne, était un des symptômes cardinaux de la maladie. Il déclare au Congrès de Genève que le terme de folie discordante créé plus

tard par Chaslin aurait aussi pu convenir. Il précise les symptômes cardinaux qui sont pour lui un trouble particulier de la pensée, caractérisé par un relâchement des associations usuelles, puis dans le domaine instinctif, par un affaiblissement des réactions affectives, une perte de la mobilité nécessaire, une sorte d'adiadococinésie affective, avec des réactions affectives paradoxales qu'il qualifie en partie de secondaires, enfin par l'ambivalence et l'autisme. Il distingue ensuite les symptômes accessoires qui sont facultatifs parmi lesquels il groupe en 1911 les troubles sensoriels, les idées délirantes, les altérations secondaires de la personnalité, les symptômes catatoniques. Plus tard, il a admis, sans toujours bien le préciser, que quelques-uns des symptômes qualifiés d'accessoires pouvaient aussi être, au moins partiellement, primaires. « C'est du groupement des divers symptômes accessoires que résultent les différents tableaux cliniques, hétérophréniques, paranoïdes, catatoniques, etc. Bleuler insiste sur la différence entre les formes légères, schizomanie, paraphrénie, délire d'interprétation, la démence précoce dans le sens de Morel où les états hétérophréno-catatoniques ne sont qu'une affaire de degré et non de qualité. La forme que l'affection prend au début ne laisse pas prévoir avec certitude les formes qu'elle pourrait présenter au cours des phases successives de son évolution. La forme primitive peut faire place à toute autre forme terminale. La distinction entre formes démentielles et formes non-démentielles est uniquement une différence de degré et non de nature. » Même dans les formes démentielles les matériaux de la pensée restent intacts, ce qui distingue précisément la « démence précoce » ou schizophrénique des démences organiques et des oligophrénies. Bleuler conclut que « toutes les formes cliniques que nous avons réunies sous le nom de schizophrénie constituent réellement une seule et même entité et ceci aussi bien au point de vue clinique qu'hérédo-biologique, étiologique et anatomique ». Nous verrons plus loin que cette dernière affirmation est exagérée et qu'elle préjuge trop des constatations faites jusqu'alors.

Bleuler n'attachait personnellement pas une grande importance au diagnostic différentiel des diverses formes de la schizophrénie, se rendant bien compte de ce que cette classification avait de provisoire et de flottant. Ce qui lui importait c'était de mettre en évidence les principaux symptômes schizophréniques et de poser le diagnostic. Il déclarait au Congrès de Genève : « Contrairement à l'opinion courante le concept de la schizophrénie est aussi précis que peut l'être celui d'un fait quelconque de la



nature. Il ne se laisse confondre avec aucune autre affection mentale. » Pour Bleuler la schizophrénie comprend tous les degrés qui vont insensiblement de l'état normal jusqu'aux formes les plus graves de la démence, de la confusion ou de la catatonie.

Dans les relations des états schizophréniques avec les états dits normaux, il place aussi la notion de la schizophrénie latente. Bleuler estime qu'« il est permis de diagnostiquer cette forme de schizophrénie, si dans le passé d'une personne psychopathique on trouve à un moment donné un coude brusque dans l'évolution personnelle de l'individu, un changement de caractère dans le sens de la schizophrénie. Mais c'est surtout en étudiant attentivement le passé des schizophrènes manifestes qu'on se rend compte des formes latentes, on constate dans ce passé nombre de singularités, dont la nature schizophrénique ne présente plus l'ombre de doute à la lumière de l'observation actuelle. La maladie, jusqu'alors latente, est devenue manifeste par une simple exacerbation de l'état antérieur ».

C'est ici qu'il conviendrait de discuter les rapports avec la constitution schizoïde de Kretschmer, dont nous avons dit plus haut qu'elle se basait sur la conception de Bleuler et qu'elle avait été acceptée avec enthousiasme par ce dernier.

Bleuler appelle schizoïdie l'ensemble des particularités qu'on trouve chez les schizophrènes avant l'éclosion manifeste de l'affection et chez les membres de leur famille, ainsi que les particularités que présentent les malades comme reliquat d'un accès schizophrénique antérieur. « La schizophrénie manifeste n'apparaît, dans ces conditions, que comme une exagération des particularités en question. Là où elles dépassent les limites du normal, sans qu'il puisse être question d'un processus morbide en voie d'évolution, nous parlons de schizopathie. Là enfin où le processus cérébral se produit, il s'agit de schizophrénie. La façon schizoïde de penser et de sentir est l'exagération d'une forme normale de réaction commune à tout être humain et qu'on appelle la réaction schizothymique. »

Cette conception n'a pas trouvé l'approbation de tous les psychiatres, mais les recherches généalogiques paraissent prêter une certaine vraisemblance à ces conceptions.

Le fils d'E. Bleuler, Manfred Bleuler, a entrepris des recherches vastes et approfondies sur le pronostic et l'évolution de la schizophrénie. Il en résulte entre autres que les diverses sous-formes cliniques n'ont pas de valeur particulière. L'évolution montre au contraire que des transitions sont possibles et leur lien

généalogique démontre que malgré leur dissemblance ils font partie du même groupe nosologique. M. Bleuler montre la possibilité d'une différenciation selon le mode évolutif, en distinguant évolutions continues et évolutions par poussées, qui ont également des valeurs de pronostic très diverses.

Nous tenons à signaler ici une récente tentative faite par Carl Schneider, à Heidelberg, pour arriver à une nouvelle classification des syndromes schizophréniques qu'il appelle les associations syndromiques (*Syndromverbände*). Il établit trois groupes, le syndrome de la prise de la pensée, le syndrome de la dissociation et le syndrome du radotage. Ces divers syndromes peuvent se combiner pour constituer les formes paranoïde, catatonique et hébéphrénique. En somme les syndromes de Schneider représentent en quelque sorte de nouveaux essais de groupement des symptômes cardinaux. Il leur attribue une valeur particulière évolutive et pronostique. Je dois le mentionner ici pour montrer que les voies indiquées par Bleuler permettent de pousser encore plus avant et d'arriver peut-être à une classification vraiment satisfaisante de la riche et troublante symptomatologie schizophrénique. D'autre part, au moins un des syndromes de Schneider, le syndrome de la prise de la pensée, caractérisée par la dépersonnalisation, la prise de la pensée, la dépossession de la volonté, l'écho de la pensée, trouble de l'attention, lacune, interruption de la pensée, a des ressemblances très marquées avec le syndrome de l'automatisme mental de G. de Clérambault.

Minkowski, qui a le mérite d'avoir montré que la notion de schizophrénie non seulement ne subissait aucun dommage mais au contraire un véritable approfondissement par la confrontation avec les idées bergsoniennes, a été à notre connaissance le premier qui ait relevé au Congrès de Blois une certaine parenté entre les conceptions bleuleriennes et l'automatisme mental de Clérambault. Il est certain que la notion des symptômes primaires et secondaires est commune aux deux auteurs. Minkowski l'appelle la recherche du symptôme générateur. La notion de superstructure psychologique, si chère à Bleuler, paraît résulter aussi de la définition suivante que G. de Clérambault donne du délire : « Le délire proprement dit n'est que la réaction obligatoire d'un intellect raisonnant et souvent intact aux phénomènes qui sortent de son subconscient, c'est-à-dire de l'automatisme mental. Le délire est une construction intellectuelle secondaire par organisation thématique. » Si l'on fait abstraction du fait que le terme de subconscient chez Bleuler et chez Clérambault signifie deux choses très différentes, on peut néanmoins,

sans faire violence à la pensée de l'un ou de l'autre, dire que l'énoncé de Clérambault correspond à une idée que se faisait Bleuler de la structure des idées délirantes paranoïdes. Bleuler aurait aussi pu souscrire à cette phrase de Clérambault : « Le mode d'interprétation de cette scission (scission du moi) est laissé aux aptitudes imaginatives ou interprétatives du sujet. La nature de la construction explicative, qui en résulte, dépendra pour une très grande part d'idées préexistantes tenant à l'époque, au milieu, à la culture. Seule une activité interprétative en fera un persécuté. Le travail interprétatif et l'agencement systématique des conceptions ne sont que des épiphénomènes. Ils résultent d'un travail conscient et en lui-même non morbide ou à peine morbide sur une matière qui est imposée par l'inconscient. On peut dire qu'au moment où le délire apparaît, la psychose est déjà ancienne. Le délire n'est qu'une superstructure. » La place nous manque malheureusement pour multiplier les citations démontrant un parallélisme frappant entre les deux auteurs.

Pour G. de Clérambault, « les hallucinations sont le plus souvent les phénomènes primaires résultant directement de l'automatisme mental, mais lorsque les voix deviennent thématiques, les thèmes leur sont fournis de trois sources : les tendances personnelles du sujet, les caractères spéciaux de l'automatisme mental, et enfin une tendance à la création des thèmes hostiles réside dans l'automatisme mental lui-même, parce que l'énonciation des actes et des pensées intimes est irritante et vexatoire, les voix prennent spontanément le contre-pied des goûts et désirs du sujet ; cette irritation a pour effet de multiplier les voix elles-mêmes ».

Bleuler s'exprime ainsi : « Le contenu des hallucinations et des idées délirantes, excepté dans les états crépusculaires graves de la catatonie, dépend des désirs et des craintes du malade. Beaucoup de ceux-ci sont refoulés dans l'inconscient ; dans les délires chroniques, il est d'ordinaire possible de trouver dans la confusion la plus compliquée un fil qui nous rend compréhensibles les idées délirantes, une grande partie des idées, surtout des idées sexuelles, s'expriment en symboles. » A propos de ce symbolisme nous trouvons chez C.-G. Jung des contributions particulièrement intéressantes, l'apparition de ses archétypes, représentation du subconscient collectif, est particulièrement frappante dans la schizophrénie paranoïde et catatonique. Dans la discussion du rapport de Bleuler, à Genève, nous avons dit : « Dans la schizophrénie paranoïde, la régression mentale est particulièrement frappante par la forme archaïque et prélogique que

prend la pensée du schizophrène. » Nous lisons chez Clérambault : « Ce ne sont pas seulement les concepts, ce sont les modes de raisonnement qui sont empruntés au passé. Des thèmes quelconques seront exploités avec des raisonnements archaïques ou même parfois préhistoriques. Les certitudes, basées sur des analogies ou des groupes d'analogies, sont un réveil de l'idéation primitive qui a préparé la science humaine durant sa période prélogique », et plus loin : « L'automatisme mental serait ainsi le réceptacle des mécanismes inférieurs de la pensée, parce qu'il représente les mécanismes supérieurs des temps passés. Il résumerait la phylogénie de l'intellect. »

La reconnaissance de la nature mixte de l'hallucination a trouvé dans l'œuvre de Bleuler une mise au point particulièrement bien réussie dans un travail paru dans *L'Encéphale* en 1922 sous le titre : « L'origine et la nature des hallucinations ». Il définit ainsi deux catégories d'hallucinations : « Les unes sont le résultat d'une fausse interprétation de dysesthésies, interprétations semblables à celle qui est à la base des illusions (type *delirium tremens* ou d'autres hallucinations d'origine toxique), les autres sont ces représentations associées à des éléments de perception, c'est-à-dire à des engrammes sensoriels et à des rapports de localisation dans l'espace extérieur. Seuls les derniers dépendent d'une façon intime des tendances conscientes ou refoulées du malade. Les mécanismes qui sont à la base de ces deux catégories d'hallucinations s'entremêlent parfois ; des formes mixtes en résultent, nous rencontrons celles-ci surtout au cours de la schizophrénie. »

Il nous paraît cependant que dans le *delirium tremens* le processus « illusion » qui donne un contenu psychologique aux phénomènes hallucinatoires représentatifs soit quelquefois également en rapport avec des tendances conscientes ou refoulées du malade. La définition que Bleuler a donnée des hallucinations toxiques a été reprise récemment par Pichon qui déclare que « toute hallucination est faite de deux éléments : un corps esthétique, fourni par une sensation, soit phasmatique, soit justifiée dans la réalité extérieure, un contenu psychologique que le mécanisme de perception erronée (ou illusion) permet à la personnalité d'infuser dans le corps esthétique primitif. Le contenu des images mentales arrive ainsi à recouvrer une esthésie présente qu'il apporte à la sensation illusionnellement défigurée ».

Chez Bleuler nous trouvons dans son rapport de 1929 à Bâle l'agencement suivant des troubles primaires et secondaires de la schizophrénie : la disposition schizophrénique, le processus —

trouble de la noo — et thymopsyché — troubles des rapports avec le monde — sentiment insupportable d'insuffisance qu'on rend plus supportable en projetant ses propres fautes sur l'entourage — délire de persécution — agression. »

La disposition schizophrénique, se manifestant à l'âge fatal, basée sur l'hérédité, est la première cause de la maladie. Le processus schizophrénique, avec les troubles de la vie instinctive et des associations, constitue la maladie. La projection au dehors par le délire et les hallucinations constitue, avec l'acte agressif, une tentative manquée d'éviter le trouble causé par la maladie et représente la superstructure psychique et les symptômes les plus frappants de la maladie.

Pour son élève J. Klaesi, les idées délirantes, les hallucinations et même quelques manifestations catatoniques sont des tentatives des schizophrènes d'interrompre leur isolement psychique et leur manque de contact affectif. Le délire d'interprétation est pour Klaesi la dernière tentative de conserver un rapport avec l'entourage avant de se résigner à l'isolement complet. Cette interprétation, qu'on pourrait appeler finaliste, de la symptomatologie schizophrénique correspond bien aussi à la notion finaliste du subconscient de Bleuler. Pour nous, le délire schizophrénique a trois sources psychologiques, il puise son thème dans l'histoire personnelle du malade, l'expression dans le subconscient collectif et la forme dans les conceptions de l'entourage actuel. Ce sont là les facteurs pathoplastiques, le facteur pathogène doit être recherché dans le processus schizophrénique, mais en plus nous pensons que le délire constitue, comme le veut G. de Clérambault, une tentative d'explication du malaise qu'éprouve le malade, malaise provoqué par l'invasion de sensations subliminales, le chaos de la cénesthésie troublée, ce que Mignard a appelé l'emprise organo-psychique.

L'explication psychologique du contenu des manifestations délirantes et hallucinatoires de la schizophrénie, voilà le mérite très original de Bleuler, le progrès vis-à-vis de la méthode purement descriptive de Kræpelin par exemple.

A ce propos il y a une certaine différence entre les idées de Bleuler en 1911 et en 1926 ou 1929. L'argumentation psychanalytique ne joue plus un rôle aussi important, les termes de symptômes primaires et secondaires ont remplacé ceux de symptômes cardinaux et accessoires, la conception de la base physiopathologique est plus nettement affirmée et mise en avant. Pour Bleuler la schizophrénie est une affection physiogène, c'est-à-dire à base organique. Elle possède cependant une telle



superstructure psychogène que la grande majorité des symptômes manifestes de cette affection, comme les hallucinations, les idées délirantes ainsi que toute la façon de se comporter du malade, relèvent du facteur et des mécanismes psychologiques.

Cette conception laissait évidemment beaucoup plus de place à une activité thérapeutique que la conception de Kræpelin ou aussi la conception de la dégénérescence mentale de Magnan.

La valeur pronostique différente des deux ordres de symptômes est nettement précisée : « Les symptômes organiques indiquent toujours la persistance du processus morbide. Les symptômes psychogènes, par contre, ne sont que des réactions qui rétro-cèdent entièrement avec la disparition de leurs causes, la plupart des symptômes sont d'ailleurs d'origine mixte. Là où les symptômes organiques prédominent, nos moyens de traitement se montrent impuissants. Par contre, là où nous nous trouvons en présence d'une superstructure psychogène accusée, le pronostic dépend en majeure partie du traitement. La schizophrénie est la seule psychose où le médecin peut vraiment faire quelque chose d'efficace pour le rétablissement des actualités mentales de l'individu. »

En s'inspirant de ces conceptions du maître, ses élèves Repond, Klaesi, Staehelin, Müller, etc., ont développé la thérapeutique de la schizophrénie qui est avant tout une psychothérapie. Ces conceptions ont permis d'utiliser au maximum la thérapeutique par le travail déjà depuis longtemps en honneur dans les établissements suisses. Il était logique du moment qu'on reconnaissait une si grande importance à la superstructure psychologique de donner de l'importance à la psychothérapie. Cette psychothérapie et cette attitude psychologique spéciale n'ont pas exclu le développement d'une thérapeutique médicale.

C'est ainsi que J. Klaesi a introduit dans l'arsenal thérapeutique la cure de sommeil qui, dans l'idée de l'auteur, avait avant tout un but psychothérapeutique ; elle ne s'adressait pas au processus morbide sous-jacent et encore hypothétique, mais surtout à la superstructure psychologique en arrachant le malade à son autisme et à son attitude hostile lui permettant ensuite une reprise normale du contact avec son entourage ; tel était le premier but de Klaesi.

Nous verrons plus loin encore pourquoi à notre avis, malgré une certaine analogie de la conception, la théorie de Clérambault paraît avoir été beaucoup moins fructueuse au point de vue thérapeutique.

Ici se pose une question très importante, à savoir, si les nou-

veaux traitements par les chocs insuliniques et autres ont influencé et modifié les conceptions bleuléennes. Nous avons maintenant suffisamment de recul pour pouvoir répondre par la négative. Nos expériences personnelles concordant à ce point de vue avec celles de Repond, de J.-E. Staehelin, montrent au contraire que la conception bleuléenne de la structure psychophysique de la schizophrénie est fortifiée par l'expérience thérapeutique insulinique.

Ici s'impose une brève revue des conceptions bleuléennes de la physiogénèse de la schizophrénie. Il admet, comme nous l'avons montré plus haut, une constitution héréditaire sans la préciser. Dans sa monographie de 1911, il passe en revue certaines théories toxiques. Depuis, il s'est prononcé d'une façon catégorique contre certaines conceptions psychanalytiques qui voulaient faire de la schizophrénie une névrose et expliquer les troubles physiopathiques par des effets secondaires des troubles affectifs. C'est au Congrès de Genève qu'il s'est prononcé d'une façon très catégorique en déclarant que « la schizophrénie est ainsi non seulement une entité clinique, mais en même temps une entité anatomo-pathologique » et en précisant que « dans tous les cas prononcés de schizophrénie on constate des modifications anatomo-pathologiques dans le cerveau, modifications d'un caractère suffisamment déterminé et qu'on ne trouve pas dans les autres psychoses ».

Cette affirmation, faite en 1926, est à notre avis trop hâtive ; nos recherches personnelles dans ce domaine, et surtout celles de l'école de Spielmeier nous ont rendu prudents et aujourd'hui on ose moins que jamais parler d'une anatomo-pathologie de la schizophrénie. Bleuler lui-même déclare plus loin dans son rapport que nous ne savons encore rien de précis sur la nature du processus organique qui est à la base de la schizophrénie. Il admet que certaines circonstances plaident en faveur d'un trouble primitif d'ordre chimique et il ajoute que des aliénistes français surtout ont attiré l'attention sur la probabilité d'un rapport de celle-ci avec l'insuffisance hépatique. Depuis, les travaux de Gjessing à Oslo, de Scheidt et de Jahn à Munich, ont démontré que certains catatoniques présentaient des troubles du métabolisme intermédiaire des hydrates de carbone, sans qu'on puisse encore dire si ces troubles sont sous la dépendance d'une dysrégulation cérébrale centrale. La notion de la somatose de Luxenburger qui serait l'intermédiaire entre le génotype schizoïde et la maladie schizophrénique est encore des plus problématiques.

Ici nous rencontrons de nouveau la parenté entre la conception bleulérienne et celle de G. de Clérambault, car les deux auteurs se basent sur un postulat anatomique qui n'est pas rigoureusement démontré. Dans la conception bleulérienne, la relation entre la base organique et la manifestation psychopathologique est du reste beaucoup plus relâchée et vague que chez Clérambault. L'importance du tableau que Bleuler a esquissé de la schizophrénie réside beaucoup plus dans la description psychologique. Il est important de noter que le syndrome de l'automatisme mental, pour autant qu'on le rencontre dans la schizophrénie, le syndrome de dépossession appartient précisément au cadre des manifestations schizophréniques et non au syndrome des réactions exogènes de Bonhoeffer, admis par l'école de Bleuler comme étant le type précis de la réaction organique.

Le grand problème de la base organique de la schizophrénie pose toujours la question : pourquoi ce syndrome organique diffère-t-il cliniquement d'une façon aussi nette de la symptomatologie des psychoses organiques caractérisées par le syndrome amnestique et les réactions exogènes toxiques, qu'on trouve seulement dans des phases passagères aiguës, épisodes certains de la schizophrénie, basées probablement sur des phénomènes de tuméfaction cérébrale ?

Cette partie de l'œuvre de G. de Clérambault paraît purement hypothétique basée sur aucune recherche histologique ou physiopathologique, tandis que nous pouvons, pour la dernière conception de Bleuler, apporter une série de recherches physiopathologiques modernes que nous venons de citer et qui se rapportent à la schizophrénie bleulérienne. Il faut relever que Carl Schneider ne trouve justement dans ce syndrome de prise de la pensée qui correspond au syndrome de dépossession aucune connexion anatomo-physiologique. Il reste encore à examiner avec Kleist si la symptomatologie particulière de la schizophrénie pourrait être résolue par une localisation particulière.

Les conditions particulières dans lesquelles G. de Clérambault a élaboré sa doctrine dans le cadre vénérable de l'infirmerie spéciale du dépôt de la préfecture de police de Paris, cadre bien connu de l'auteur de ces lignes, où il a assisté aux démonstrations inoubliables du professeur Dupré, prédécesseur de G. de Clérambault, expliquent pourquoi la partie thérapeutique est pour ainsi dire inexistante dans l'œuvre de G. de Clérambault : ce centre incomparable de triage et de passage est absolument inutilisable pour des efforts thérapeutiques. J'évoque intentionnellement cette antithèse non pas pour diminuer les mérites de G. de Clérambault et augmenter ceux de Bleuler, mais pour mon-

trer combien les circonstances extérieures ont favorisé les psychiatres suisses. Car si on veut bien comprendre la psychiatrie bleulérienne, il faut la placer dans son cadre asilaire, d'abord dans le grand asile de la Rheinau, ancien couvent pittoresque situé dans une presqu'île du Rhin où Bleuler vivait constamment avec des malades dont quelques-uns amenés de Zurich et dont il pouvait suivre l'évolution non seulement pendant des mois, mais pendant des années ; ensuite, de retour au Burghölzli en 1899, il dirigeait non seulement une clinique universitaire, mais un grand établissement pour le traitement comme tous nos établissements psychiatriques universitaires. Ces circonstances sont favorables à l'observation approfondie d'une évolution et permettent de constater les multiples transformations qui surviennent chez les malades.

Il y a ensuite une organisation spéciale des asiles suisses qui permet cette emprise thérapeutique et qui a été réalisée par Bleuler ; la direction médicale et administrative dans tous les établissements suisses se trouve depuis Aug. Forel réunie dans la main du médecin-directeur qui connaît personnellement chaque malade et qui, assisté d'un état-major médical suffisamment nombreux, peut exercer une activité thérapeutique constante.

Cette organisation a permis à H. Schiller, à Wil, d'introduire déjà en 1891 la thérapeutique par le travail, et à Max Muller, directeur de l'asile de Münsingen, d'étudier les mécanismes de guérison.

Transportées dans un pareil cadre, les nouvelles thérapeutiques ont pu être exploitées à fond, mais on a aussi pu montrer qu'elles devaient être complétées par la thérapeutique habituelle de l'occupation. Nous ne savons encore rien de précis sur le mécanisme de la thérapeutique de l'électrochoc qui n'est en tout cas pas spécifique pour la schizophrénie puisqu'il influence avant tout favorablement les états mélancoliques. Les résultats de l'insulinothérapie sont plus intéressants. Nous avons toujours estimé que cette thérapeutique, introduite par nous dans le traitement de l'agitation catatonique (communication au Congrès de Rabat, 1933) où elle constitue aujourd'hui encore la méthode de choix, avait une influence sur le métabolisme des hydrocarbures (fonction glycopexique du foie troublée d'après les recherches des auteurs scandinaves).

Lorsque nous comparons les résultats obtenus par les nouveaux traitements avec l'évolution spontanée de nos cas, traités seulement par l'occupation, nous pouvons constater une augmentation très nette des rémissions et des améliorations, mais il reste un certain nombre de cas réfractaires aux divers agents

thérapeutiques, physiques ou psychiques, présentant une évolution défavorable à peu près dans 30 % des cas, chiffre qui correspond aux chiffres indiqués par M. Bleuler pour l'évolution spontanée de la schizophrénie.

En étudiant la conception bleulérienne de la schizophrénie sous tous ses rapports, — nosologique, clinique, pronostique et thérapeutique —, on a pu constater combien sa conception psychologique, qui s'intègre dans sa conception générale de la psychiatrie, a été fructueuse. Pour Bleuler, l'homme est une entité psychophysique dont les manifestations psychopathologiques dépendent d'une part des causes organiques, d'autre part des causes psychiques. Il étudie les manifestations psychiques, tout en admettant leur détermination biologique, comme des phénomènes à part — *sui generis*. Cette attitude positiviste et pragmatiste lui permet de rester dans le cadre biologique. L'application des conceptions psychophysiques de Bleuler, la délimitation des réactions physiques et psychiques se justifient également dans les syndromes organiques. L'étude des séquelles de traumatismes cranio-cérébraux d'après les principes indiqués par Bleuler est appelée à nous apporter encore bien des précisions utiles et importantes.

Dans son portrait psychologique de Bleuler, L. Binswanger a écrit que la pensée de Bleuler ne pouvait être bien comprise qu'en partant de sa conception éthique. Comme son prédécesseur Forel, Bleuler était constamment soucieux du bien social et sa dernière préoccupation fut de donner des bases biologiques à la morale. Son dernier article paru dans les archives suisses de psychiatrie porte le titre « Les bases biologiques de l'éthique ».

Dans sa dernière leçon aux étudiants, lorsqu'il prit sa retraite en 1926, il a déclaré que dans son bagage pour l'éternité ses efforts pour la lutte antialcoolique pèseraient beaucoup plus que tout son travail théorique sur la schizophrénie.

Il soulignait ainsi le rôle éminemment social de la psychiatrie et il demandait que les psychiatres payassent de leur personne dans la lutte contre l'alcoolisme.

Lorsqu'il dut constater qu'on tirait de la psychanalyse un argument contre le principe de l'abstinence des boissons alcooliques, il vint à regretter l'appui qu'il avait donné au mouvement psychanalytique qu'il avait longtemps soutenu seul parmi les psychiatres officiels.

Sans se rattacher à aucun dogme, il confirma ainsi que « science sans conscience n'est que ruine de l'âme ».

---



# L'INFLUENCE DE L'ÂGE SUR LA SYMPTOMATOLOGIE DES PSYCHOSES

PAR

C. PFERSDORFF (de Strasbourg)

Nous n'avons pas l'intention d'étudier ici les troubles psychopathiques qui appartiennent en propre à certaines phases de la vie, par exemple la démence sénile, les psychoses d'involution ou les psychoses de la puberté proprement dites, mais bien les modifications que certaines psychoses, constitutionnelles ou accidentelles, subissent par l'âge du malade. Les caractères psychologiques de chaque âge étant bien connus, on pourrait être tenté de les rechercher et de les décrire dans la symptomatologie des psychoses. Telle n'est pas notre intention, car l'inférence de symptômes psychologiques « normaux » dans la symptomatologie d'états pathologiques comporte certains dangers inhérents à toute identification de symptômes normaux et de symptômes pathologiques. Pour les éviter, nous nous limiterons à la stricte description des symptômes cliniques et de la modification imputable à l'âge subie par ces symptômes. Nous suivrons dans notre étude la division classique des psychoses en constitutionnelles et en accidentelles.

## Psychoses constitutionnelles

La symptomatologie de la *folie maniaque-dépressive* présente déjà, à l'âge infantile, tous ses signes caractéristiques. *Théoriquement*, nous n'aurions pas à nous occuper de la phase infantile, étant donné que la symptomatologie de la folie maniaque-dépressive n'est pas modifiée ; mais, *pratiquement*, nous rencontrons parfois des difficultés à délimiter l'accès maniaque-dépressif

de la mentalité « normale » chez l'enfant, vu que celle-ci présente en elle-même certains symptômes qui, chez l'adulte, impliqueraient, presque automatiquement, le diagnostic de folie maniaque-dépressive. Nous voulons parler de la fuite des idées, de l'hyperprosexie et de la labilité de l'humeur, avec prédominance de l'euphorie. Ce n'est que l'appréciation du degré d'intensité des symptômes qui permet le diagnostic. Il est inutile de rappeler que chez l'adulte maniaque-dépressif aussi, les phases aiguës de la psychose ne se détachent pas toujours nettement de l'état habituel, et ne constituent souvent qu'une accentuation passagère de l'état mental constitutionnel. Au point de vue *pratique*, il est aussi indiqué de relever chez l'enfant les états stuporeux de très longue durée (années) ; ces stupeurs sont fatalement confondues avec la démence, et cela encore plus facilement que chez l'adulte, étant donné qu'il n'existe ordinairement chez l'enfant pas d'anamnèse permettant une comparaison.

C'est la période présénile et sénile qui montre les altérations les plus intéressantes de l'accès maniaque-dépressif. Le nombre des états mixtes augmente, et parmi eux la dépression agitée. La simple dépression avec stupeur est souvent remplacée par le syndrome suivant : angoisse avec interprétation délirante dans le sens de la persécution. Le Dr Poensgen (thèse de Strasbourg, 1913) a publié une série de cas de folie maniaque-dépressive, qui avaient d'abord présenté des accès classiques, et qui, à partir de la période d'involution, présentaient les modifications que nous venons de citer. Il est à relever qu'il existe des formes de folie maniaque-dépressive qui, dès le début, dès le jeune âge, présentent de l'interprétation délirante sans hallucinations. Ce sont là les formes qu'on appelait autrefois « paranoïa périodique ». On pourrait dire des cas, dont nous parlons maintenant, qu'ils ne deviennent des « paranoïas périodiques » qu'à partir de la cinquantaine. Inutile de relever que nous ne considérons pas l'emploi du terme « paranoïa » comme indiqué et justifié ici, étant donné qu'il est réservé à une autre psychose bien définie, et qu'il est dangereux de désigner un syndrome par un terme réservé à une entité morbide. L'exemple des « délires d'interprétation de Sérieux et Capgras » qui, après quelques mois, se transforment en schizophrénie, constitue un avertissement sérieux. Pourtant, la tentation d'employer le terme « paranoïa » est grande, quand on se trouve en face des données cliniques suivantes : certains cas de folie maniaque-dépressive (et ceci est une modification de plus apportée par l'involution) n'ont, à partir d'un certain âge, plus d'intervalle libre ; il résulte de ce fait pour les cas « para-

noïaques », dont il est question ici, que l'interprétation délirante non hallucinatoire devient chronique et réalise pendant de longues années la symptomatologie du délire d'interprétation non hallucinatoire. N'était l'anamnèse, on pourrait être tenté de considérer ces formes comme des « paranoïas types ». Outre l'anamnèse et outre l'âge du malade, le diagnostic différentiel peut encore se baser sur le fait que les « persécutés » de la psychose maniaque-dépressive du retour d'âge sont rarement des persécuteurs comme les paranoïaques vrais ; leur affectivité est bien moins intense ; ils subissent, ils « encaissent », sans réagir activement.

La paranoïa vraie, qui est, elle aussi, un état constitutionnel, présente de telles analogies avec la folie maniaque-dépressive que certains auteurs (Specht) ont conclu à l'identité des deux affections. L'influence de l'âge semble aussi intervenir dans la paranoïa constitutionnelle : on a, en effet, relevé que le thème du délire se cristallisait très souvent aux environs de la trentaine ; « la paranoïa apparaît à trente ans » était une remarque qu'on entendait souvent naguère. Mais comme la paranoïa d'autrefois comprenait aussi les paraphrénies, il est très difficile de dire si cette remarque concerne la paranoïa vraie. Une enquête poussée dans ce sens se heurterait à des difficultés d'ordre pratique étant donné que la majeure partie des paranoïaques vivent en liberté.

Nous venons de voir comment l'accès maniaque-dépressif était modifié par le retour d'âge et par la phase présénile. Nous avons encore à étudier une manifestation de l'influence de l'âge sur la symptomatologie maniaque-dépressive. Nous voulons parler de l'état terminal. On constate, en effet, chez des maniaques-dépressifs âgés un « état habituel » entre les accès, qui est caractérisé par une grande labilité de l'humeur avec caractère superficiel de l'affectivité. Kræpelin et Bleuler ont attiré l'attention sur cet état terminal ; le Dr Hoen (in *Travaux de la Clinique psychiatrique de Strasbourg*, vol. 1, 1922) a décrit un certain nombre de ces cas. La question se pose de savoir si cet état terminal est uniquement dû à la psychose, ou si la régression sénile apporte une part à la symptomatologie. Cette question est très délicate : d'un côté, nous savons par certaines rémissions de la schizophrénie que l'état consécutif à un processus psychotique peut se manifester par une grande labilité affective et un caractère superficiel de celle-ci (démence affective). On pourrait donc admettre que l'affectivité du maniaque-dépressif qui arrive à l'âge sénile après de nombreux accès, et qui ne revient plus à l'état normal, doit cette incapacité à l'« usure » provoquée par le grand nombre

des accès. Mais, d'un autre côté, on observe les mêmes anomalies de l'affectivité chez des déments séniles non maniaques-dépressifs, de sorte qu'on ne saurait exclure une influence de l'âge sur l'état maniaque-dépressif terminal.

Nous avons parlé jusqu'ici des modifications de la symptomatologie maniaque-dépressive par la période présénile et sénile, mais les symptômes modifiés relevaient encore de la folie maniaque-dépressive. Nous avons à analyser maintenant des syndromes d'ordre sénile, qui apparaissent au cours de l'accès maniaque-dépressif, et qui sont dus à la régression sénile. Ce fait en lui-même serait banal si les symptômes de déficit sénile persistaient : il s'agirait alors simplement d'une phase maniaque ou dépressive se greffant sur un état démentiel sénile en train d'évoluer. Il est hors de doute que des cas semblables existent. Mais ici nous avons en vue des cas dans lesquels les symptômes de « démence » sénile disparaissent après la crise maniaque-dépressive. Il ne s'agit donc pas en l'occurrence, à l'état aigu, de symptômes de démence, car ceux-ci ne seraient pas réparables, mais bien de symptômes de désagrégation passagère. Que cette désagrégation soit possible est certainement dû à l'involution sénile, mais celle-ci était latente et n'apparaît que grâce à l'excitation motrice de l'accès maniaque, tout comme une insuffisance cardiaque ne peut parfois se manifester qu'à l'occasion d'un effort moteur exceptionnel.

C'est surtout dans le domaine du langage et de la motricité que l'on observe des symptômes de désagrégation passagère.

Nous avons pu observer un cas de folie maniaque-dépressive à la phase sénile qui produisait les phénomènes suivants du langage : pendant les états d'excitation du langage, le malade parlait en courtes phrases dont la syntaxe était correcte, mais qui manquaient de sens, grâce à un choix faux du substantif. Ce substantif persévérait souvent ; parfois, le malade acceptait un mot nouveau qu'on lui disait et il l'utilisait dans la construction de la phrase sans sens. Cette construction même ne variait pas beaucoup, était aussi plus ou moins stéréotypée. Ce n'est qu'à l'état d'excitation verbale que ce symptôme apparaissait ; le langage de conversation était intact. On pouvait donc constater chez ce malade que les substantifs sont produits par d'autres associations que celles, purement formelles, qui réalisent la « syntaxe ». Ce phénomène s'observe couramment dans le langage automatique des schizophrènes. Après la disparition de l'accès maniaque, le langage ne présentait plus d'anomalies ; elles réapparurent avec l'accès suivant et disparurent également

après ce second accès. On ne constatait pas de symptômes de déficit sénile.

Un autre malade présentait surtout des troubles sensoriels du langage : il s'agissait d'un cas de dépression agitée chez une femme de 56 ans. Elle manifestait des idées de persécution, d'appréhension (peur d'être tuée), des idées de ruine ; en même temps, elle protestait de son innocence et citait des versets de la Bible avec intonation pathétique. Elle parlait de la « voix de Dieu », mais il était impossible d'obtenir d'elle des précisions. La fille de la malade était, assurait-elle, torturée dans la cave de la Clinique (indication fréquente dans la dépression). Des états d'excitation alternaient avec des états d'inhibition. Cette inhibition était, comme souvent dans les états mixtes, partielle. Elle était localisée de la façon suivante :

*La lecture* présentait des troubles du type de l'alexie pariétale. c'est-à-dire que le mot détérioré était reconnaissable, mais parfois il n'y avait qu'une voyelle, ou que la structure générale, en commun avec le mot du texte. Quelquefois aussi, un mot relevant des idées dépressives de la malade était « lu » sans rapport avec le reste du texte.

*La dénomination des images* était toujours inexacte au début. Les réponses n'avaient pas de rapport avec l'image, mais consistaient en mots ayant trait aux idées dépressives de la malade. Ce n'est qu'après plusieurs sollicitations que la dénomination juste était enfin produite. Parfois la malade ajoutait des épithètes au mot juste, par exemple « un mauvais bougre, un hanneton », pour un hanneton.

*La dénomination et le choix des couleurs* étaient toujours corrects. A côté des phénomènes d'inhibition, on constatait des phénomènes d'excitation du langage, mais la production verbale était très monotone, quelquefois stéréotypée. La malade répétait pendant un quart d'heure « oui, oui, oui », ou « non, non, non », ou bien « oui, non » alternativement, etc.

Après une durée de 8 jours, tous les phénomènes d'inhibition disparurent. La lecture, la dénomination des images, les énumérations furent de nouveau produites correctement. Le langage cessa d'être stéréotypé, son excitation s'atténua.

Nous ne pouvons pas entrer ici dans les détails du diagnostic de l'état mixte dont il s'agit. Nous voudrions seulement rendre attentif au fait que les phénomènes d'inhibition ont ici une localisation qui, dans le domaine des fonctions sensorielles, rappelle celle de l'alexie pariétale et de l'aphasie optique. Il ne s'agit nullement d'une inhibition générale, ni d'état crépusculaire qui



auraient provoqué un genre de « réponse à côté » du type Ganser, mais d'une inhibition localisée : le fait que la dénomination et le choix des couleurs aient toujours été fournis, le prouve ; nous savons aussi, par la pathologie organique, que les fonctions relatives à la couleur ont une localisation spéciale. Sur le domaine de l'idéation, l'inhibition des associations se manifeste par la monotonie des productions verbales allant jusqu'à la stéréotypie ; il existe en même temps, signe caractéristique de l'état mixte, une excitation du langage. Et tout le syndrome a disparu.

Nous voyons aussi dans ce dernier cas l'apparition de phénomènes de désagrégation passagère, qui sont à mettre sur le compte de la période d'involution ; ils existent à l'état latent et ne deviennent manifestes que par un état d'excitation.

### Psychoses accidentelles

On devrait, *a priori*, admettre que l'influence de l'âge sur la symptomatologie des psychoses accidentelles soit moindre que celle exercée sur les psychoses constitutionnelles. Car ces dernières, étant l'expression d'une anomalie de la constitution mentale, semblent plutôt devoir refléter les modifications des âges que les psychoses accidentelles qui sont, pour la plupart du moins, *exogènes*. Il est à relever aussi que les psychoses accidentelles se détachent ordinairement d'une façon bien plus nette du fond mental habituel. Mais, malgré toutes les différences entre psychoses constitutionnelles et accidentelles, elles aussi subissent l'influence de l'âge. Nous avons pu observer des cas de *paralysie générale héréditaire* qui, dans leur symptomatologie clinique, se présentaient comme des hétérophrénies classiques. Il s'agissait de symptômes de dissociation typiques, et non de quelque symptôme catatonique isolé (stéréotypie, verbigération, etc.), tel qu'on l'a depuis longtemps décrit chez les paralytiques généraux. On pourrait être tenté d'admettre que le cerveau, à l'âge de la puberté, réagit à chaque intoxication par des symptômes cliniques du type « hétérophrénique », tout comme chaque individu a son type de réaction personnel à l'intoxication alcoolique.

La disposition schizoïde des individus à l'âge de la puberté (de tous presque, et non seulement de ceux qui relèvent du type schizoïde de Bleuler) est si connue qu'il est inutile d'insister ; elle peut être fixée expérimentalement par exemple par les associations réactives ; celles-ci, faites dans un grand nombre d'écoles « normales », ont donné des types de réaction qu'on rencon-

tre chez les hétérophréniques (associations de contraste, *totum pro parte*). On pourrait (logiquement, mais non cliniquement) admettre que la *schizophrénie* (et tout spécialement la forme hétérophrénique) ne consiste qu'en une accentuation des traits psychiques de l'âge de la puberté. La psychose ne serait, tout comme dans la folie maniaque-dépressive, qu'une aggravation épisodique des symptômes psychiques. La dissociation consécutive, comme chacun le sait, détruit cette hypothèse. Cliniquement, le caractère accidentel des schizophrénies est hors de doute, mais, pratiquement, le diagnostic du caractère accidentel des symptômes psychotiques à l'âge de la puberté est parfois très difficile. Chaque aliéniste sait combien les « syndromes épisodiques », chez les dégénérés surtout, à l'âge de la puberté, sont malaisés à interpréter ; les formes chroniques de l'hétérophrénie *sensu strictiori*, avec changement lent du caractère, ne sont souvent reconnues qu'*a posteriori*. Nous avons vu que pour les psychoses constitutionnelles, la délimitation des états maniaques-dépressifs et des traits maniaques de l'enfant pouvait présenter des difficultés ; nous avons comme pendant, chez les psychoses accidentelles, les difficultés du diagnostic différentiel des premiers accès de la schizophrénie et des manifestations de la dégénérescence au moment de la puberté.

La période d'involution (présénile et sénile) n'est pas moins fertile en difficultés théoriques et pratiques. Certains auteurs admettent l'existence d'une *catatonie tardive* (Bleuler). La symptomatologie de ces formes serait modifiée par le retour d'âge, mais les symptômes cardinaux (dissociation) n'en existeraient pas moins. Il est hors de doute qu'il existe des formes qu'on peut appeler catatonies tardives ; leur symptomatologie, qui est aussi variée que celle de la schizophrénie ordinaire, montre une préférence pour les formes hallucinatoires paranoïdes. Quand il s'agit d'une première attaque de la schizophrénie à l'âge d'involution, le diagnostic différentiel est des plus difficiles vis-à-vis d'autres psychoses dont nous parlerons tout à l'heure. Il est plus aisé à faire quand il s'agit de schizophrénies dites périodiques, c'est-à-dire de cas qui ont fait auparavant (10, 20 ans plus tôt) la première attaque typique de la schizophrénie. Les symptômes dus à l'involution ne saurait alors invalider le diagnostic. Nous pouvons relever que les premières attaques schizophréniques peuvent quelquefois se présenter comme simples dépressions (mais avec affectivité superficielle), et ce n'est qu'à l'occasion d'une rechute (10, 15 ans plus tard) que les phénomènes hallucinatoires et les idées de persécution font leur apparition (cf. Alli-

mant, *Thèse de Strasbourg*, 1928). Cette modification de la forme clinique de l'accès schizophrénique par l'âge est un pendant de la modification de l'attaque maniaque-dépressive dont il a été question plus haut.

Nous venons de dire que la catatonie dite tardive montre une prévalence des phénomènes hallucinatoires et paranoïdes. Ces formes, qui ne présentent pas les symptômes moteurs catatoniques, mais surtout un affaiblissement de l'affectivité et, à la longue, de l'ambivalence, ne se distinguent pas toujours, au début, des nombreuses autres psychoses d'involution. Le chapitre des psychoses d'involution est l'un des plus discutés : Halberstadt, dans une magistrale étude (*Annales Médico-psychologiques*, 1938) a fait la mise au point de la question. Il distingue 4, 5 formes qui, naturellement, ne sont pas séparées par des cloisons étanches. La psychiatrie de langue allemande distingue aussi un nombre analogue de formes cliniques. A notre avis, l'existence d'une psychose d'involution spécifique est exagérément vraisemblable. Cette psychose aurait, comme chaque entité morbide, un certain nombre (5-7) de formes cliniques (tout comme l'alcoolisme ou la paralysie générale). La forme dépressive serait fournie par l'ancienne mélancolie du retour d'âge (que Kræpelin a englobée dans la folie maniaque-dépressive), surtout par les cas incurables, non périodiques. Les formes catatoniformes (l'alcoolisme chronique en présente aussi) seraient représentées par les psychoses qu'on a, jusqu'ici, considérées comme des « catatonies tardives » ; la forme à délire « d'influence physique » serait représentée par le « délire de préjudice présénile » que Kræpelin a isolé depuis longtemps. La forme hallucinatoire avec délire de persécution et confabulation délirante est représentée par les malades bien connus qui vivent en guerre avec les voisins, les co-locataires, et dont le comportement et la motricité ne sont nullement dissociés. Nous nous rendons très bien compte du caractère provisoire inhérent forcément à tout essai de classification, aussi longtemps que nous ignorerons l'étiologie des psychoses — mais la délimitation d'une psychose d'involution expliquerait la richesse de la statistique des psychoses (constitutionnelles et accidentelles) à la période d'involution. Si on admet l'existence d'une psychose d'involution comme entité morbide, elle sort du cadre de notre sujet qui doit se limiter à l'étude de l'influence de l'âge sur les manifestations psychopathiques.

Si nous suivons la schizophrénie au delà de la période présénile vers la sénilité, nous avons à étudier les modifications séniles des états terminaux.

Comme ces derniers sont caractérisés par la démence affective bien avant la sénilité, on ne saurait imputer cette démence à la sénilité même. Bleuler a souligné que certaines idées délirantes peuvent garder une charge affective considérable, alors que la démence affective s'est déjà développée complètement sur d'autres domaines. Chez un délirant chronique devenu sénile, il est naturellement très difficile de faire la part de la démence sénile et de la schizophrénie. On ne peut que d'une façon générale dire que les symptômes schizophréniques sont plus électifs que ceux de la démence sénile qui a le caractère de l'organicité d'une façon bien plus massive, globale. Mais il est évident qu'un vieux schizophrène peut verser dans la démence sénile organique.

Une forme de délire due à l'influence de l'âge a été décrite par Rudin chez de vieux forçats : le délire d'amnistie (*Begnadigungswahn*) ; il s'agit là non d'un délire qui prendrait subitement naissance chez des séniles et qui, de ce fait, serait à ranger parmi les psychoses séniles, mais de la transformation par l'âge d'un état mental précédent ayant duré de longues années à partir du début de la détention. La forme chronique de la *psychose de détention* est donc caractérisée par des idées de persécution, des tendances revendicatrices et par des hallucinations adéquates, qui ne sont pas au premier plan (*Kräpelin*).

Il nous reste à étudier certaines relations entre la sénilité et la schizophrénie qui, en réalité, ne sont, comme nous le verrons, qu'apparentes ; elles sont, en partie, admises grâce à l'abus que certains aliénistes (surtout les aliénistes d'occasion : chirurgiens ou internistes, décrivant des troubles psychiques liés aux affections organiques) ont fait du terme « catatonique » ; ce terme devrait être réservé, sur le domaine de la motricité, aux seules « parafonctions ». Tous les autres symptômes moteurs (production d'automatismes, stéréotypies, catalepsie) s'observent dans la plupart des autres psychoses, de sorte qu'ils ne sauraient être appelés catatoniques, malgré leur production fréquente dans la schizophrénie.

Quant aux *parafonctions*, elles sont à diviser en deux groupes : I. parafonctions par excitation motrice ; II. parafonctions par inhibition (*Kräpelin*). Dans les deux cas, le résultat objectif, pris comme tel, est analogue, mais les mécanismes associatifs sont différents. La différenciation des associations qui doivent réaliser l'intention ultime est insuffisante ; dans I. elle dévie par la prédominance active d'un automatisme purement moteur ; dans II. elle est entravée par l'inhibition partielle d'une catégorie d'associations.

Le type I. des parafunctions (dus à l'excitation motrice) ne s'observe que dans la schizophrénie. Bleuler a toujours souligné que l'encéphalite léthargique (qui montre pourtant tant d'analogies avec la schizophrénie) ne produisait pas de troubles associatifs de parafunction. Steck et d'autres auteurs ont confirmé ces faits. Nous avons pu montrer (*Travaux de la Clinique psychiatrique de Strasbourg*, 1938, vol. XII) que les psychoses post-commotionnelles ne produisent pas non plus de parafunctions actives. Mais les post-commotionnels, tout comme les encéphaliques, présentent la parafunction par inhibition (type II). La démence sénile peut aussi présenter des parafunctions ; nous avons pu observer des cas de dépression sénile qui présentaient du maniérisme (nous ne parlons pas des stéréotypies et verbigérations séniles auxquelles, ainsi que nous venons de le dire, nous ne reconnaissons pas le caractère « catatonique »). Ces cas ont, avec d'autres, été décrits *in extenso* dans la thèse de Mlle le Dr Rousset (le syndrome moteur catatonique, son existence au cours des psychoses de régression (présénile et sénile) non schizophrénique (*Thèse de Strasbourg*, 1936) : les parafunctions des séniles procèdent d'une perte définitive de possibilités associatives et non d'une *dissociation* passagère par inhibition ou définitive, comme ceci est le cas chez les schizophrènes. Chez les schizophrènes, on admet comme étant à la base des parafunctions (maniérisme) une dissociation de la coordination normale du jeu du système pyramidal et du système extrapyramidal (théorie de Hamburger), ou bien une dissociation entre la motricité des racines et des extrémités des membres (notre théorie). La perte définitive des possibilités associatives chez les séniles semble avoir les mêmes localisations ; elle isole les mêmes groupes de représentations par la régression et la perte des autres, non par la dissociation. Cette disparition est l'effet de la démence sénile. Quand certains groupes de représentations n'ont jamais existé, comme ceci est le cas dans la démence congénitale, les mêmes phénomènes de parafunction s'observent, mais la parafunction des idiots et des débiles, avec troubles moteurs et troubles de l'idéation, est due à une an-association (agénésie) et non à la dissociation.

La régression sénile peut, comme nous venons de le voir, se manifester dans les psychoses accidentelles (surtout dépressives) par l'apparition de symptômes moteurs catatoniques du *type* de la parafunction par inhibition, mais il s'agit de perte définitive de possibilités associatives, et non d'une inhibition passagère. Dans les psychoses constitutionnelles, comme nous l'avons relevé



plus haut, *les symptômes de régression sénile* apparaissent pendant l'attaque aiguë de la psychose, mais disparaissent cliniquement avec cette attaque.

Ces symptômes de régression sont : la prédominance de l'affectivité dépressive, avec tendance à l'interprétation délirante ; l'apparition d'hallucinations affectives ; des phénomènes de désagrégation du langage et de la motricité. Il s'agit dans les psychoses *constitutionnelles*, dont la folie maniaque-dépressive est le prototype, de modifications de la symptomatologie, de l'accès psychopathique. Dans les psychoses *accidentelles*, par contre les symptômes préexistants de la psychose gardent une plus grande autonomie vis-à-vis des symptômes de régression sénile ; la fusion entre les deux catégories de symptômes est moins intime. Mais il est évident que cette distinction ne saurait plus être faite à un stade avancé de la démence sénile. Les états terminaux de chaque processus démentiel ne permettent plus, comme chacun le sait, un diagnostic différentiel, surtout quand ils se trouvent réunis chez le même individu.

---

# UNE CONCEPTION ORGANO-DYNAMISTE DE LA PSYCHIATRIE

PAR

HENRI EY

Peut-être sera-t-on plus indulgent pour cet exposé théorique si l'on veut bien se souvenir des discussions « médico-psychologiques » qui ont inauguré la vie de nos « Annales » et de notre Société... Beaucoup d'entre nous, par goût ou par discipline, s'interdisent d'aborder le problème des principes mêmes de notre science. Je crois nécessaire, cependant, de réfléchir sur ces questions qui, au travers de la Clinique, ne cessent de se poser. Elles ne rebutaient pas nos devanciers.

## I. — Nécessité d'une révision du dogme mécaniciste classique

A peine née, la Psychiatrie ne pouvait manquer, au cours du XIX<sup>e</sup> siècle, de s'« embrayer » sur le mouvement mécaniciste médical qui régnait en maître à cette époque (1). Malgré la résistance que ne cessèrent d'opposer à cette tendance les études des grands cliniciens comme Esquirol, J.-P. Falret, Moreau (de Tours), Morel, la « Médecine mentale » s'est précipitée vers le mécanicisme. A vrai dire, ce corps de doctrine, dans son application à la psychiatrie, n'a jamais été (2), à ma connaissance, entièrement

(1) Dans une série de conférences encore inédites et que je fis à Sainte-Anne en 1941, j'ai longuement exposé le rythme de l'histoire de la médecine : alternance de l'hippocratisme vitaliste et de l'antihippocratisme mécaniciste qui sans cesse s'opposent et se remplacent dans le développement des doctrines médicales. J'ai été ainsi amené à préciser rigoureusement les thèses propres à l'une et l'autre de ces conceptions.

(2) Certains ouvrages, notamment ceux de Wernicke et de G. de Clérambault, formulent cependant presque intégralement cette doctrine.

formulé, mais son « esprit » anime la plupart des travaux de 1850 à nos jours et paraît même en avoir assez exactement conditionné le succès. La théorie mécaniciste nous contraint, souvent à notre insu, à adopter une position philosophique et des attitudes d'esprit, impliquées dans ses thèses majeures dont la force rend bien difficile de s'y soustraire pour la plupart d'entre nous, et même bien vain de le tenter. L'esprit mécaniciste, issu de Descartes et de Malebranche en psychologie, exprime l'évolution des sciences médicales, essentiellement anti-hippocratique, dès la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, en psychiatrie. Cet esprit, je le répète, est moins explicité en doctrine formelle qu'il ne s'est insinué dans nos habitudes intellectuelles, notre langage, la rédaction de nos certificats ou de nos articles, nos classifications et nos discussions au point, sans le paraître, de les gouverner. De nombreux psychiatres, sans doute, ne sont adeptes de cette doctrine que par obéissance passive à des règles pratiques ou à des préceptes didactiques commodes qui leur paraissent tout simples et anodins alors qu'ils impliquent une certaine conception dogmatique et même métaphysique. Ainsi sommes-nous tous profondément esclaves des spéculations mécanicistes classiques dont il importe de prendre conscience. Leurs thèses essentielles paraissent réductibles à trois positions principales :

1° Les états pathologiques sont constitués par une collection d'éléments, de symptômes isolés. Il faut décomposer le tableau clinique par une analyse toujours plus poussée. Ainsi l'état mental pathologique se fragmente en une poussière de symptômes (hallucinations, troubles psycho-moteurs, idées délirantes de mille formes, etc.). Cela correspond à la thèse de l'*atomisme* psychologique qui se représente l'activité psychique comme une mosaïque de phénomènes simples (images, sensations, idées, mouvements, etc...). Ces éléments, « atomes » ou « électrons » psychiques constituent la base de la vie de l'esprit et leurs anomalies engendrent les troubles mentaux. C'est dire que pour cette théorie la partie engendre le tout (l'hallucination engendre le délire).

2° La genèse des symptômes est purement mécanique ; le processus anatomique crée *physiquement*, et de toutes pièces, le symptôme fondamental. Le processus d'excitation des centres constitue l'explication type. Les rapports que soutient une telle genèse avec la vie psychique sont nuls ou contingents : la psychiatrie n'a rien à voir avec la psychologie.

3° Le tableau clinique, dépendant si étroitement et exclusive-

ment du jeu anormal des molécules cérébrales, diffère radicalement de celui qui dépend d'un autre processus. Voyez, dit-on, la paralysie générale, c'est une entité anatomo-clinique, il en est de même pour toutes les autres psychoses.

Atomisme, apsychologisme, nosographisme strict, tels sont les trois aspects fondamentaux du mécanicisme psychiatrique intégré, plus ou moins consciemment dans nos conceptions classiques.

Une pareille doctrine s'est développée sous l'inspiration et à l'abri d'une certaine conception (le dualisme cartésien) des rapports du physique et du moral. La solution cartésienne de ce problème qui ne devrait en définitive satisfaire personne, ni les matérialistes, cela va de soi, ni les spiritualistes (tout au moins ceux qui sont dans la tradition aristotélitienne et thomiste, ou le sillage bergsonien) paraît cependant contenter tout le monde en permettant aux uns comme aux autres d'affirmer que la psychologie normale ou pathologique se confond avec la « mécanique du cerveau », que le psychisme n'est rien ou est d'une essence si radicalement différente de la réalité organique que cela revient au même. En effet, les matérialistes irréfléchis posent l'âme comme un épiphénomène, c'est-à-dire rien, et les spiritualistes irréfléchis se la représentent comme un pur esprit « parallèle » au corps. Dans les deux cas l'activité psychique est exclue comme objet de science. On comprend que cette solution, presque universellement répandue, entraîne une profonde méconnaissance de la *réalité* du fait psychiatrique, celui-ci étant pris dans ce dilemme de n'être qu'un phénomène neurologique conçu sur le modèle mécanique ou de n'être rien du tout (1).

On conçoit que, dans cette perspective, chaque connaissance étiologique acquise par la psychiatrie soit autant de gagné pour la neurologie. L'histoire de la paralysie générale est typique à cet égard, et c'est tout juste si certains neurologistes ne proposeraient pas de retirer les paralytiques généraux des asiles sous prétexte qu'il s'agit d'une affection cérébrale et « non pas de folie ». Tout comme on taxe d'erreur de diagnostic le psychiatre qui a parlé de confusion mentale « alors qu'il s'agissait d'une tumeur du cerveau ». Ou encore qu'on refuse toute réalité au syndrome dit subjectif des traumatisés du crâne sous le prétexte qu'il est fait de troubles « réels, organiques » ou au con-

(1) J'ai développé ce point de vue dans la conférence que je fis à la clinique des maladies mentales à Sainte-Anne, en janvier 1942 : « Position de la psychiatrie dans le cadre des sciences médicales. »

traire qu'il est « purement psychique... » Voilà à quels paradoxes, à quels malentendus puérils aboutit ce dualisme matérialisé chez nous dans la rivalité Salpêtrière-Ste-Anne ! Quoi qu'il en soit, le dualisme cartésien a permis le développement d'une psychologie (de Malebranche à Taine) et d'une psychiatrie (de Baillarger et Wernicke à Clérambault) « à vide », démunies de leur objet propre : la réalité des actes psychiques. Et cela, répétons-le, en séparant radicalement l'esprit de la vie, l'âme du corps, le psychique de l'organique.

Si la théorie métaphysique à l'abri de laquelle se développe le mécanisme fausse les relations de la psychiatrie avec la psychologie et la neurologie, les thèses mécanicistes exposées plus haut dans leur généralité déterminent à l'intérieur même de la science psychiatrique des conséquences tout aussi funestes. Donnons-en quelques exemples.

Le problème des hallucinations est entièrement faussé dans une telle perspective. Considérer l'hallucination comme une sensation mécaniquement produite par l'excitation des voies ou des centres sensoriels, c'est lui refuser la valeur d'un acte perceptif où s'engage un ensemble complexe de tendances, d'intellections, toute une tranche de la vie psychique ; c'est, l'identifiant avec le processus d'excitation sensorielle, en faire une cause et non un symptôme de délire. Et par là on se condamne à envisager les rapports de l'hallucination et du délire seulement comme deux ordres de faits hétérogènes, c'est-à-dire à ne les comprendre jamais.

Le problème de l'hystérie est également, mais en sens inverse, faussé. L'hystérie est purement psychique, elle ne représente que l'effet d'une suggestion à laquelle on s'interdit par définition de supposer un conditionnement organique. Ainsi, comme la psychiatrie elle-même, dont elle constitue pour beaucoup l'image privilégiée, elle est vouée, tantôt à n'être rien, tantôt à n'être qu'un pur syndrome neurologique.

Nous pourrions montrer à quelles mêmes inconséquences, à quelles impasses aboutit la théorie lorsqu'elle s'applique à l'obsession, à la catatonie, à la manie, etc... Dans tous ces cas, l'interprétation mécaniciste de ces phénomènes ou les intègre purement et simplement à une pathologie sensori-motrice élémentaire, ou, ne pouvant y parvenir, les refoule hors de toute réalité ; tout se réduisant pour les psychiatres en général à l'affirmation : c'est mécanique ; tout se réduisant pour les neurologistes en général à l'affirmation : c'est psychique.



Le compartimentage en cadres nosographiques étroits et étanches constitue un des aspects de la conception classique des plus stériles, que le concept étrange de « psychoses associées » ne parvient pas à corriger. Et nous connaissons, tous, les innombrables discussions cliniques ou doctrinales qui se posent au sujet des rapports de telle psychose avec telle autre, rapports impossibles à concevoir dans une psychiatrie condamnée dès lors à les nier.

Un autre aspect décevant est encore représenté par l'incroyable pulvérisation des tableaux cliniques en symptômes toujours plus nombreux et isolés par une artificieuse analyse. Cela aboutit à ces discussions byzantines sur le diagnostic des hallucinations, des pseudo-hallucinations de toute sorte, des intuitions, des illusions, des interprétations, etc., etc... Mêmes subtilités assez vaines à propos des traits caractériels qui paraissent se présenter ici sous la forme d'une juxtaposition d'éléments schizoïdes, pervers, paranoïaques, ou là comme une association d'éléments hyperémotifs, cyclothymiques ou mythomaniaques, ce qui entraîne nécessairement à considérer la personnalité comme une mosaïque d'éléments hétérogènes.

L'opposition des névroses et des psychoses provient des mêmes postulats doctrinaux. Plus en effet la psychose est considérée comme un échafaudage de symptômes mécaniques, plus pressante est la nécessité de l'opposer à ces formes de personnalité anormale qui se prêtent si mal à l'explication mécaniciste que sont les névroses. Plus celles-là sont dites organiques (leur organicité équivalant à leur mécanicité) plus celles-ci sont dites psychiques. Par là s'accuse l'antinomie, reflet du cartésianisme, du « lésionnel » et du « fonctionnel », source de tant de stériles controverses.

On voit en effet perpétuellement surgir à travers les discussions sur les points que nous venons d'envisager l'éternel débat sur le « psychique » et « l'organique ». La rançon d'un point de vue qui prétend « distinguer clairement » le psychique et l'organique en les opposant comme les deux termes d'une antinomie, c'est en effet de contraindre l'esprit du psychiatre à une perpétuelle oscillation entre deux termes qui, en réalité, ne s'excluent pas.

Nous en avons assez dit pour faire comprendre la nécessité, à nos yeux pressante, de réviser cette position doctrinale fondamentale, responsable de tant d'incohérences ou de malentendus. Pour notre part nous sommes si sensibles à ce besoin que malgré les laborieux efforts qu'exige une telle entreprise nous pen-

sons qu'il faut essayer de substituer à la doctrine mécaniciste classique une conception organo-dynamiste dont nous allons exposer les thèses principales.

## II. — La portée de la conception organo-dynamiste de Jackson

Ayant, à propos du problème des hallucinations, éprouvé le besoin de « reconsidérer » les principes mêmes de la psychiatrie, j'ai rencontré une conception déjà ancienne mais dont les principes m'ont vivement séduit, celle de Jackson. Certes, tout ce que Rouart et moi avons essayé de tirer des textes de l'illustre neurologue anglais n'est pas explicitement formulé dans son œuvre. Nous avons largement interprété sa doctrine, nous attachant plus à son esprit qu'à sa lettre. Nous sommes allés plus loin qu'il n'était allé, et même là où il n'était pas allé. C'est ainsi qu'en les élargissant jusqu'au point de les confondre avec certaines autres conceptions psychiatriques contemporaines (Janet, Bleuler, Kretschmer, Freud, Monakow et Mourgue) nous avons pensé que les propositions fondamentales de sa doctrine pouvaient constituer un excellent point de départ pour l'élaboration d'une conception organo-dynamiste qui engage la psychiatrie dans une voie plus féconde et vivante.

La première des thèses jacksoniennes est celle de la *hiérarchie des fonctions psychiques*. Tout se passe comme si, intégrée dans le développement du système nerveux et de l'organisme tout entier, s'opérait une évolution des fonctions de la vie de relation, subordonnant les inférieures aux supérieures. Tout se passe comme si un certain ordre se composait, assurant à chaque niveau une intégration des niveaux inférieurs. Mais (et c'est le complément que nous ajoutons à cette thèse) si cette évolution et cette hiérarchie sont, en ce qui concerne les fonctions inférieures, spatialement représentées par l'étagement des appareils dans le système nerveux, on ne saurait oublier, comme Monakow et Mourgue l'ont si bien souligné, que l'évolution fonctionnelle s'opère à ces niveaux supérieurs comme un système énergétique se développant dans le temps. Ceci rejoint exactement l'idée que Janet se fait de la hiérarchie des fonctions psychiques et celle que Bergson a développée dans toute son œuvre. Nous ne pouvons pas insister ici sur ce point fondamental, indiquons-le simplement comme une dimension nouvelle et nécessaire qui doit parfaire le système jacksonien. Cette thèse de la hiérarchie des fonctions constitue une réaction contre l'atomisme mécaniciste

qui ne voit et ne peut voir dans la vie psychique normale ou pathologique qu'un agrégat d'associations fortuites.

La seconde proposition spécifie que les états pathologiques représentent un mouvement de dissolution des fonctions existantes. A ce mouvement de dissolution correspond la libération des instances sous-jacentes. C'est dire que la maladie représente une *régression* du système fonctionnel à un niveau inférieur. La théorie pathogénique de Jackson s'oppose également à celle de la genèse mécanique des troubles. Pour elle, en effet, il existe des *troubles négatifs* ou de déficit (en relation directe avec le processus générateur) et des *troubles positifs* manifestant le travail réactionnel des instances subsistantes. Par là s'éclaire vivement le caractère évolutif, vivant, psychique, la structure dynamique de ces états de dissolution. A ce propos nous avons fait remarquer, ce qui ne paraissait pas avoir été aperçu, combien la conception de Jackson se rapprochait de la théorie des symptômes de Bleuler. Celui-ci, étudiant sous le nom Schizophrénie le mouvement de dissolution peut-être le plus commun, a distingué dans la pathogénie de ces symptômes la double série des troubles primitifs et secondaires, clé de toute sa Psychopathologie. Cette distinction nous paraît exactement équivalente à la fameuse et fondamentale classification des troubles négatifs et positifs que nous devons à Jackson.

Le troisième aspect de la théorie, pour nous fondamentale, mais à peine esquissé par Jackson, c'est la distinction des *dissolutions globales* (qu'il appelle uniformes) et les *dissolutions partielles* (qu'il appelle locales). L'importance de cette distinction paraît avoir échappé à son auteur lui-même car sa portée exacte suppose un élargissement du principe des hiérarchies fonctionnelles, celui-là même que nous avons esquissé plus haut. Si, en effet, il y a lieu de considérer le développement des fonctions de relation sur deux plans, celui des fonctions instrumentales, localisées sous forme d'appareils dans le névraxe et des fonctions énergétiques supérieures (peut-être localisées sous forme de centres régulateurs dans le névraxe ?) opérant les synthèses fonctionnelles les plus vastes de la vie psychique, les actes de conscience et de la personnalité, il est aisé de comprendre le sens profond de la distinction que Jackson établit entre dissolutions globales et dissolutions partielles. La désintégration des fonctions partielles, instrumentales, localisées en centres de projection s'identifie aux désintégrations sensori-motrices qu'étudie la Neurologie. Les dissolutions des cycles fonctionnels supérieurs qui ne peuvent être que globales puisqu'il est de leur

nature de contrôler l'ensemble de la vie psychique et de la porter à son plus haut degré de développement global, constituent l'objet de la Psychiatrie.

Le quatrième principe jacksonien, à peine esquissé à vrai dire par Jackson, est un principe anti-nosographique, corollaire nécessaire de ce qui précède. L'idée qu'on se fait dans une conception jacksonienne de l'élaboration du tableau clinique par les instances sous-jacentes intactes diminue d'autant l'action directe du processus étiologique et éloigne de la notion d'entité anatomo-clinique spécifique. Ce que la clinique étudie, ce sont des *niveaux de dissolution* plus ou moins typiques engendrés par des facteurs étiologiques différents. Or, cette nature « syndromique » des Psychoses (si souvent admise d'ailleurs mais en contradiction avec les conceptions classiques) s'oppose à l'hypothèse d'entités anatomo-cliniques spécifiques.

Tels sont les principes qui doivent constituer *l'inspiration jacksonienne* de la conception organo-dynamiste dont nous allons exposer très brièvement les deux versants.

### III. — L'organicisme

Une psychiatrie qui prend son point de départ dans la conception jacksonienne ne peut être qu'organiciste en ce sens qu'elle admet comme son postulat fondamental qu'un état d'aliénation mentale est nécessairement conditionné par des troubles des fonctions organiques et spécialement nerveuses. Ceci explique pourquoi certains dualistes impénitents, tout en acceptant le « Jacksonisme » dans le domaine de la Neurologie, le répudient en Psychiatrie. Leur idée de « derrière la tête » est toujours la même : la Psychiatrie, c'est du « psychique », ça ne peut donc pas être « organique » ! Disons aussi, avant d'exposer l'essentiel de notre thèse organiciste, que le mécanicisme, quand il prend vraiment conscience de lui-même et s'érige en doctrine, se présente volontiers comme le champion de l'organicisme dont il constitue certes la forme extrême et en quelque sorte « extrémiste », mais non la seule car il ne saurait prétendre au monopole exclusif de toute théorie organiciste des Psychoses.

Cette question de la nature organique de la cause des troubles mentaux dépend d'une exacte compréhension des rapports du physique et du moral. Nous avons vu plus haut qu'il fallait écarter le dualisme cartésien, lequel favorise et implique même le

développement du mécanicisme et place la Psychiatrie dans son ensemble et les diverses Psychoses en particulier dans un dilemme (ou c'est organique et c'est mécanique, ou c'est psychique et ce n'est pas organique) qui leur ôte toute autonomie sinon toute réalité. Quelle idée pouvons-nous nous faire dans la tradition aristotélitienne et thomiste, et conformément à la fois au vitalisme et à la philosophie bergsonienne des rapports que soustiennent entre eux la vie et l'esprit ? L'organisme et le psychisme ne sont pas deux substances hétérogènes, mais deux plans structuraux de niveau différent. Telle est l'idée qui doit nous guider. Le monde s'offre à nous dans cette perspective comme une hiérarchie de structures ou de « formes » qui se déploient et s'organisent de telle sorte qu'une structure supérieure implique les structures inférieures mais les dépasse, et que, une structure inférieure, tout en constituant une condition nécessaire de celle qui est plus élevée dans la hiérarchie ne suffit jamais à l'expliquer. Il existe des formes structurales minérales, physico-chimiques — des structures organiques, biologiques — il existe aussi des structures psychiques. De même que la biologie est irréductible à la physico-chimie, le psychisme est irréductible purement et simplement à l'organisme. La vie psychique est certes intimement liée à la vie tout court mais elle se déploie en une réalité qui, dépassant celle de l'organisme, la prolonge. Les fonctions psychiques ont une *réalité* sous-tendue par l'effort d'organisation, le système de forces à elles propre qui constitue les formes supérieures de la vie de relation. C'est donc à la psychologie de Maine de Biran, à celle de Bergson que nous nous rallions. Mais ce n'est pas tout, il nous paraît encore nécessaire de distinguer dans la masse des fonctions psychiques deux plans : celui de fonctions intimement liées à la structure du système nerveux dont elles épousent la forme, ce sont les fonctions instrumentales de la vie de relation (gnosies, praxies, fonctions du langage, systèmes de réflexes conditionnels, etc...) ; l'autre est celui des fonctions psychiques énergétiques (fonctions d'adaptation au réel selon le schéma de Janet, ensemble des activités d'intégration et de synthèse de la conscience, etc...), ces dernières constituent un type d'activité indéfiniment (je ne dis pas infiniment) ouvertes au progrès de la connaissance et de la volonté. L'exercice de cette activité fonctionnelle supérieure introduit dans la vie de chacun de nous des variations que l'on peut appeler purement psychologiques (passions, idéaux, réactions aux événements, etc...). Mais il est une autre sorte de variations qui ont, elles, la valeur de *régressions*. Elles proviennent de l'action



empêchante perturbatrice ou destructrice que les troubles des fonctions organiques déterminent sur l'activité psychique. Ce sont ces variations venues « d'en bas » qui, se manifestant sous la forme de dissolutions, constituent l'objet propre de la Psychiatrie. En aucun cas, et je dirai même par définition, les variations *pathologiques* dues à des troubles organiques ne sauraient être confondues avec les variations dues au jeu *normal* des instances purement psychologiques. Le psychologique pur est une notion-limite qui marque l'affranchissement maximum de la vie psychique à l'égard de ses déterminations organiques. *Ainsi se trouve répudiée de la façon la plus formelle, au point de vue doctrinal, la psychogénèse pure des troubles mentaux.* Par là nous nous écartons des psychanalystes et aussi de ces éclectiques (pour la plupart neurologistes acceptant le dualisme cartésien bien propre à assurer leur quiétude métaphysique) qui admettent à la fois l'organogénèse des psychoses et la psychogénèse des névroses, par exemple. Pour nous, Névroses et Psychoses sont des effets à des degrés divers de perturbations organiques.

Pour préciser maintenant quelle est notre position à l'égard des relations de la Neurologie et de la Psychiatrie, nous devons revenir, encore une fois, sur ce que nous avons déjà avancé au sujet de la différence structurale qui sépare les dissolutions partielles et les dissolutions globales des fonctions de la vie de relation. Le type de dissolution psychiatrique (globale) la plus authentique est le sommeil qui engendre le rêve. Cette dissolution hypnique constitue en effet un schéma d'explication valable pour toute la série des états psychopathologiques. Tandis que dans le sommeil et le rêve normaux il s'agit d'une dissolution très brusque et très profonde, on peut considérer que tous les degrés intermédiaires de vitesse et de profondeur constituent une échelle de niveau qui nous rend compréhensible ce qui se passe dans les Psychoses. Ceci explique que notre conception de la Psychiatrie s'applique avec plus de facilité aux niveaux profonds là où les troubles négatifs plus ou moins analogues à ceux du sommeil sont les plus considérables, tandis qu'on est moins enclin à l'admettre dans les cas de niveaux plus élevés où les troubles négatifs étant plus minimes peuvent paraître inexistants. Et c'est précisément pour ces cas qu'il importe de mettre en évidence l'existence d'une condition négative, ce qui constitue la principale tâche de la Psychiatrie clinique que nous préparons. Au contraire quand ce sont les fonctions instrumentales qui sont soumises à un processus de désintégration, dans la mesure même où elles ne commandent pas l'ensemble du psychisme elles peuvent rester, à

l'égard de son activité, fragmentaires et isolées. C'est le cas notamment des aphasies, des agnosies, des apraxies, des hallucinoses, etc... Les troubles de ce genre s'apparentent ainsi aux syndromes de désintégration des autres fonctions instrumentales de la vie de relation et notamment à la désintégration des activités sensori-motrices qu'étudie traditionnellement la Neurologie. Ceci nous amène à préciser un des aspects fondamentaux de notre organicisme. Pour nous, dire que les « maladies mentales » sont dues à des processus organiques et notamment cérébraux ne veut pas dire que nous assimilons purement et simplement la Psychiatrie à la Neurologie. Ce qui distingue pour nous en effet la Neurologie de la Psychiatrie, ce n'est pas que la Neurologie est la pathologie cérébrale et que la Psychiatrie n'est rien du tout, mais c'est bien plutôt que l'une et l'autre étant des pathologies cérébrales, l'une, la Neurologie, a pour objet propre les désintégrations fonctionnelles partielles ou instrumentales, sans modifications profondes ou durables de la vie psychique, tandis que l'autre, la Psychiatrie, a pour objet les dissolutions globales des fonctions psychiques supérieures (accompagnées ou non de syndromes neurologiques proprement dits).

En ce qui concerne la conception des centres cérébraux, il nous semble également possible de distinguer entre appareils fonctionnels instrumentaux (analyseurs perceptifs, centres du langage, etc...) et centres énergétiques ou de régulation de la vie psychique. La localisation stricte de ces centres, à quelque point du système nerveux et probablement dans le tronc cérébral, n'est pas contraire à notre hypothèse, car un « centre régulateur » peut indifféremment occuper un point ou s'étaler sur une infinité de points. C'est une question de fait que les études de pathologie cérébrale à venir trancheront peut-être, de même que la question de savoir si de tels centres sont toujours et nécessairement corticaux et même cérébraux.

Je voudrais illustrer, à l'aide de quelques exemples, ma façon de penser rendue forcément trop abstraite par la nécessité d'être concis. La paralysie générale, c'est-à-dire la forme mentale démentielle de la syphilis du cerveau, est une affection évidemment organique et cérébrale. Elle est cependant et demeure une des formes les plus authentiques de la folie qu'étudie la Psychiatrie : elle appartient à la Psychiatrie et non à la Neurologie. Pourquoi ? Parce qu'elle représente une dissolution *globale* des fonctions psychiques, parce que dans leur aspect essentiel ces symptômes constituent une régression de la conscience et de la personnalité. Le tabès par contre (sans troubles mentaux glo-

baux) est une affection neurologique non seulement parce qu'il représente une maladie du névraxe, ce qui est aussi le cas de la paralysie générale, mais parce qu'il se manifeste par des désintégrations *partielles* de fonctions élémentaires, en l'espèce par des troubles sensitifs primordiaux. Prenons maintenant le cas de cet ensemble d'évolutions typiques de troubles mentaux que nous rangeons sous le terme générique de « démence précoce ». Précisons d'abord qu'il ne s'agit pas à nos yeux d'une affection psychogénétique, c'est-à-dire due à des facteurs purement psychiques comme le serait le « refuge dans la maladie », une « réaction à une situation vitale », une « introversion plus ou moins consciente », etc. S'il s'agissait en effet de modifications de la pensée et du comportement de cet ordre, ou mieux de ce niveau, nous serions en face de variations psychiques entièrement compréhensives au sens de Jaspers, plastiques et réversibles, c'est-à-dire de réactions normales. Or, ce qui confère à de tels états leur caractère pathologique, c'est (indépendamment des facteurs étiologiques si souvent inconnus de nous) que, à l'analyse structurale, ils apparaissent sous l'aspect d'une régression causée par une dissolution dont les troubles négatifs constituent la preuve et qu'aucune psychogénèse ne parviendra à expliquer. Donc, à nos yeux la « démence précoce » est une affection organique et fort probablement cérébrale. Cela veut-il dire que j'assimile purement et simplement la « démence précoce » à une affection neurologique ? Elle ne me paraît pas être faite d'une mosaïque de troubles élémentaires comme l'est par exemple un syndrome parkinsonien avec ses troubles du tonus, la bradylalie, l'écholalie, les hallucinoses, etc... ou comme le *serait*, d'après certains auteurs, une hétérophrénie conçue par hypothèse comme une simple juxtaposition de phénomènes dits justement neurologiques parce que élémentaires et partiels : stéréotypies, impulsions, catalepsie, hallucinations, idées délirantes, phénomènes d'automatisme mental, etc... Dans ces deux cas (assimilation à une affection neurologique authentique ou conception de l'état mental pathologique comme une collection de phénomènes psycho-sensoriels ou psycho-moteurs élémentaires et isolés) la « démence précoce » ne pourrait cesser d'être une affection psycho-génétique que pour devenir une affection neurologique. Mais pour nous, dire de ces états nommés « démence précoce », qu'ils sont des affections cérébrales (d'étiologie multiple) entraînant une dissolution globale de ces fonctions supérieures qui assurent le fonctionnement d'ensemble de la conscience et la cohésion de la personnalité équivaut à affirmer, à la fois, leur

origine organique et cérébrale et leur appartenance non pas à la Neurologie mais à la Psychiatrie.

Je ne crois pas pouvoir m'exprimer plus clairement et je renonce à me faire comprendre si je ne parviens pas ainsi à faire saisir ma position en ce qui concerne la genèse organique des psychoses, objets non pas de la Neurologie ou pathologie des fonctions sensori-motrices ou même psychiques, élémentaires et partielles, mais de la Psychiatrie ou pathologie neurosomatique des fonctions psychiques globales et supérieures. Je sais cependant combien est fort le préjugé qui lie indissolublement dans les esprits les termes d'affection mentale et psychogénèse d'une part et ceux d'organicité des psychoses et Neurologie d'autre part, je sais aussi combien est enracinée la méconnaissance de la distinction entre organicisme et mécanisme (peu d'entre nous apercevant que celui-ci n'est qu'une des formes possibles de celui-là) de sorte que je redoute encore bien des malentendus. Quoi qu'il en soit je déclare, avec le maximum de netteté, que la conception organo-dynamiste, en répudiant à la fois la psychogénèse des psychoses et leur interprétation mécaniste (qui consiste à les découper en fragments fonctionnels isolés et à les assimiler purement et simplement à ces phénomènes élémentaires qui sont l'objet propre de la Neurologie), est à mon sens la seule capable de préciser exactement la situation de la Psychiatrie dans les Sciences médicales et spécialement son autonomie relative à l'égard de la Neurologie, branche comme elle de la pathologie des fonctions nerveuses de la vie de relation.

Enfin, un dernier aspect de notre organicisme, soulignons-le après avoir montré notre opposition à la psychogénèse et notre conception des rapports réciproques de la Neurologie et de la Psychiatrie, c'est *l'écart organo-clinique*. Nous appelons ainsi cette marge d'indétermination, d'élasticité qui s'interpose entre l'action directe et déficitaire des processus encéphaliques ou plus généralement somatiques et son expression clinique. Ceci situe notre position aux antipodes de l'explication mécaniste et constitue le fondement de notre organicisme essentiellement dynamiste en ce qu'il suppose un ensemble de réactions, de mouvements évolutifs conditionnés certes par le mécanisme de dissolution mais qui mettent en jeu aussi la « dynamique » des instances psychiques subsistantes. C'est ce que nous allons mettre en évidence en exposant maintenant l'aspect proprement dynamique de la conception organo-dynamiste.

## IV. — Le dynamisme

Notre conception de la Psychiatrie est organiciste et dynamiste. Dynamiste ! Que voilà bien un mot que l'on met à toutes les sauces et cela d'autant plus facilement que sa signification est très élastique. Etre « dynamiste » cela ne signifie pas grand'chose si l'on ne définit pas rigoureusement ce que l'on entend par là. Pour nous, le « dynamisme » se définit *dans les sciences médicales* par sa position antithétique à l'égard du mécanicisme. Le totalisme, l'intégration du psychisme, du système de forces qu'il représente dans la pathogénie des troubles et l'antinosographisme constituent en psychiatrie ses traits caractéristiques. On reproche parfois à une telle définition, ou plus exactement aux termes choisis pour la résumer, d'opposer « mécanique » et « dynamique », alors que la dynamique n'est en physique qu'une partie de la mécanique. Nous ne l'ignorons pas ! Mais ce qui nous importe ce n'est pas le mot mais le courant d'idées qu'il représente. Or, s'il est vrai (revenons-y encore) que l'évolution des sciences médicales est pour ainsi dire rythmée par l'alternance de deux attitudes fondamentales et antinomiques, s'il est vrai que l'une se définit par l'esprit d'analyse, son goût pour les notions anatomiques, spatiales et statiques et l'autre par l'usage de concepts énergétiques et vitalistes, s'il est vrai que ces deux positions doctrinales se traduisent en Psychiatrie par le choix soit d'un système de schèmes statiques (éléments inertes, mosaïque de phénomènes mécaniques, accidents n'affectant qu'un plan et comme une seule surface), soit celui d'un ensemble de notions énergétiques (forces, mouvement évolutif, dissolution, reconstruction, variations de niveau envisagées dans une perspective temporo-spatiale), s'il en est ainsi ne sommes-nous pas fondés à désigner par ces deux termes « mécanicisme » et « dynamisme » les deux pôles entre lesquels, comme en médecine, oscillent les théories en psychiatrie ? S'il fallait une preuve pour ainsi dire pittoresque du bien-fondé de ces désignations et de l'opposition véritable qu'elles expriment, il n'est qu'à traiter un « mécaniciste » de « dynamiste » et inversement, ou de proposer par exemple à un mécaniciste des termes qui témoignent d'un esprit dynamiste (comme « structure », « niveau de dissolution », etc...). Mais il importe de préciser maintenant le sens doctrinal dont nous chargeons notre conception dynamiste.

Par hypothèse, nous admettons que les psychonévroses et les psychoses sont l'effet d'un *déficit énergétique*. C'est une certaine



énergie, une « tension psychologique » qui maintient normalement à l'état de veille l'équilibre de nos instincts et assure la précision et l'efficacité de nos actes et de nos pensées, leur adaptation au réel supposant une infinité de fonctions, d'actes de mémoire, d'attention, de perception, de contrôle, etc... La vie psychique se déroule comme une série d'opérations de basse ou de haute tension ainsi que l'a admirablement montré Pierre Janet. C'est parce que cette *réalité* a été jusqu'ici peu étudiée que cette notion nous est généralement peu familière et que notre langage psychologique et clinique dispose de si peu ou de si mauvais mots pour l'exprimer. Aussi est-elle généralement méconnue et j'ai entendu dire que si la tension artérielle était quelque chose, la « tension psychologique » n'était rien car elle ne se mesure pas. Cette boutade est une naïveté d'abord parce qu'il est de l'essence de la vie psychique de se dérouler sur un plan qualitatif (et l'immense effort de la psychologie bergsonienne l'a démontré ainsi que les études de phénoménologie) et ensuite parce que si l'on ne veut pas accorder de valeur à l'analyse qualitative, phénoménologique qui la justifie, les manifestations de cette réalité peuvent, en un certain sens, se mesurer. Et n'est-ce pas ce que l'on fait par l'emploi de toutes les méthodes de tests, les comparaisons d'épreuves et de performances qui déterminent un « fond mental » ou le degré d'efficacité de l'activité psychique ? Ce qui me paraît encore plus décisif, c'est la considération objective du développement génétique. L'étude du long et difficile développement des fonctions psychiques chez l'enfant qui dure des années aboutit nécessairement au concept de niveaux et de degrés qui ne s'ordonnent que par rapport à celui d'une force comme la notion des phases de développement somatique impliquent celle d'instinct. C'est donc ce système de forces réelles qui, pour nous, en fléchissant, entraîne la régression des fonctions mentales vers des niveaux inférieurs.

Notre conception implique encore un autre aspect dynamique, c'est la « *libération de la part subsistante* ». Le processus morbide n'agit pas sur une matière inerte mais sur un système héréditaire ou acquis d'énergies organisées, c'est peut-être là l'intuition la plus profonde du jacksonisme. La Psychose est faite de la libération des instances sous-jacentes jusque-là disciplinées et réprimées. Toute diminution des forces psychiques supérieures entraîne une libération des énergies désignées par les termes d'inconscient ou d'instinct. La folie libère les tendances animales, l'hallucination est un bourgeon de l'instinct, le sommeil déchaîne la folie du logis, autant d'images qui illustrent une façon

de penser restée jusqu'ici davantage du domaine vulgaire qu'utilisée par une théorie scientifique. Or, c'est à cette référence à un système naturel d'explication qu'il faut revenir et c'est le sens de la notion « d'échappement au contrôle » bien plus évident, me semble-t-il, dans le domaine de la Psychiatrie où on répugne de l'accepter que dans celui de la Neurologie où elle est devenue classique.

Le troisième aspect dynamique de notre perspective doctrinale est constitué par l'extrême importance, par nous attribuée, au *travail évolutif* de la Psychose. Nous appelons ainsi les transformations qui s'opèrent dans la conscience de la personnalité du malade sous la double influence du déficit énergétique et des vivantes réactions des instances psychiques subsistantes ou encore des tendances que constitue sa personnalité. Ce travail, cette activité n'est à nos yeux limitée ni par le concept de processus exclusivement mécanique (il a fallu à G. de Clérambault l'immense talent que nous lui avons connu pour introduire dans une psychose qu'il se figurait radicalement différente de l'activité psychique ce mouvement dès lors artificiellement créé par une combinaison de phénomènes purement mécaniques) ni par celui d'entités n'admettant entre elles aucun mouvement évolutif. Pour nous l'ensemble des Psychoses et des Névroses représente les formes d'évolution typiques qu'affectent les niveaux de dissolution. Ceux-ci représentent les degrés de régression que la maladie inflige à une évolution psychique normale (ou de non évolution d'un psychisme se développant anormalement). L'échelle des niveaux de dissolution est solidaire d'un schéma de la hiérarchie des fonctions, l'un et l'autre ne pouvant être établis qu'après de longues et minutieuses analyses nous ne pouvons en donner ici, à titre d'indication, qu'un aperçu provisoire. Certains paliers paraissent d'ores et déjà importants :

- I. La dissolution des fonctions élevées qui assurent l'intégration de la personnalité sur le plan social (conduite, croyances, conception du monde, programme vital, etc...). —
- II. La dissolution des fonctions qui assurent l'équilibre thymique, c'est-à-dire l'intégration des forces instinctives et affectives dans l'adaptation au réel. —
- III. La dissolution des fonctions qui assurent l'organisation perceptive du monde extérieur et du monde intérieur et la discrimination du subjectif et de l'objectif. —
- IV. La dissolution des fonctions intellectuelles élémentaires. Ces divers niveaux, objets des études de psychopathologie générales, se présentent en clinique sous forme de troubles du comportement, d'obsessions, de croyances délirantes (I), d'états de type mania-

que ou mélancolique (II), d'états oniroïdes, hallucinatoires, de délire d'influence ou de dépersonnalisation (III), d'états confusionnels, d'inconscience amnésique, etc... (IV). Les psychoses s'organisent à partir de ces niveaux de dissolution (1), soit qu'elles ne représentent qu'un travail de dissolution rapide à divers niveaux, et c'est le cas des psychoses paroxystiques (du type crise de manie, mélancolie, bouffées délirantes, confusion, épilepsie, etc...), soit qu'elles intègrent ces niveaux de dissolution et les stabilisent plus ou moins haut dans une organisation durable, comme c'est le cas pour les psychoses chroniques (délire chronique, schizophrénies, démence).

Ainsi plus de naturelle liberté est laissée au développement de ce mouvement qui organise les évolutions typiques de troubles mentaux que nous appelons Psychoses. Nous n'éprouvons aucun embarras doctrinal à les voir enjamber les barrières nosographiques classiques, progresser ou régresser, se ralentir ou s'accélérer au gré du jeu complexe des conditions négatives qui dissolvent plus ou moins et de l'activité psychique subsistante qui construit ou reconstruit plus ou moins. Nous n'ignorons pas ce qu'un tel « héraclitisme » appliqué à la Psychiatrie peut avoir pour beaucoup d'entre nous de désagréable et de décevant. C'est pourtant vers lui que doit tendre une Psychiatrie arrachée à l'immobilisme statique dans lequel le mécanicisme l'a figée pour être intégrée dans une conception plus difficile certes, moins géométrique mais plus conforme à la *nature des choses*.

## V. — Corollaires et conséquences pratiques de notre conception

Nous voulons laisser entrevoir d'un mot, malgré l'extrême densité de cet exposé, vers quelles solutions nous paraissent devoir s'engager certains problèmes théoriques et pratiques. Pour une conception organodynamiste qui répudie également le mécanicisme et la psychogénèse, la cause profonde des psychoses réside dans les troubles organiques héréditaires ou acquis qui perturbent l'exercice des fonctions psychiques, entraînent l'activité psychique à régresser vers des niveaux inférieurs d'organi-

(1) Le caractère provisoire et précaire de telles classifications de niveau qui ne pourront être établies qu'au terme même de nos études est bien illustré par le fait que, dans notre mémoire, Rouart et moi avons présenté l'ensemble des psychoses comme se distribuant dans une échelle unique de niveaux, omettant ainsi une autre dimension, celle de l'intégration et de l'évolution des niveaux de dissolution dans le système de la personnalité. Cette lacune sera largement comblée dans nos études ultérieures.

sation et produisent des formes archaïques ou primitives de pensée et de comportement. La pathologie dernière des psychoses doit conduire, sinon peut-être nécessairement à une anatomie pathologique cérébrale (ce qui est probable), tout au moins à une physiopathologie somatique des troubles mentaux. Cependant toute la Psychiatrie est et restera incompréhensible s'il n'est fait appel à une psychologie génétique de l'évolution des fonctions psychiques dont les Psychoses représentent le mouvement inverse. A cet égard deux grands problèmes dominent la psychopathologie générale : la dynamique de l'instinct et de l'inconscient libérés par le travail des psychoses.

Parmi les corollaires des principes généraux d'inspiration jacksonienne que nous avons faits nôtres, quelques-uns peuvent être indiqués ici en manière moins de conclusion que d'orientation.

A l'égard du premier principe jacksonien, celui de la hiérarchie et de l'aspect global des fonctions psychiques supérieures, c'est le *totalisme* (opposé à l'atomisme mécaniste) qu'il faut mettre en évidence. Les diverses psychoses représentent des modifications globales de la structure de la personnalité et de la conscience. A la séméiologie analytique classique doit se substituer une phénoménologie structurale plus vivante et réelle, essayant de pénétrer les ensembles significatifs, les « expériences vécues » de la pensée morbide à chaque niveau. C'est faute d'avoir appliqué cette méthode que tant de faux problèmes se sont posés devant la Psychiatrie classique et mécaniste, celui des hallucinations désinsérées de l'ensemble délirant, celui de la catatonie, des troubles de la mémoire, des impulsions, des obsessions, etc... isolés artificiellement de leur contexte psychique.

A l'égard du second principe, celui de la double pathogénie négative et positive des psychoses, tout un travail doit être entrepris pour rechercher la condition négative (le déficit fonctionnel) qui engendre chaque niveau et le spécifie. Soulignons que la tendance naturelle de toutes les psychoses (ceci n'a jamais échappé aux vieux et grands cliniciens) c'est de tendre, par une sorte de mouvement naturel, vers la démence, ce qui constitue, à mes yeux, une preuve globale de l'existence des troubles négatifs même quand ils ne paraissent pas évidents au début des psychoses et dans les niveaux les plus élevés de celles-ci. Quant au travail de reconstruction, à la part positive dans l'organisation de ces psychoses, elle est d'une extrême importance pour la compréhension notamment des formes chroniques, c'est-à-dire de celles qui intègrent les niveaux de dissolution dans la personnalité ou les stabilisent à tel ou tel échelon. Les facteurs « constitutionnels » de la personnalité jouent ici un rôle consi-

dérable en collaborant à cette part positive, et cela d'autant plus qu'il s'agit de psychoses à niveau élevé c'est-à-dire admettant un travail psychique considérable. D'où l'aspect particulièrement « constitutionnel » des états de déséquilibre, des névroses, des formes maniaco-dépressives, etc..., c'est-à-dire les niveaux de dissolution les plus élevés.

La troisième thèse, celle de la distinction de la Neurologie et de la Psychiatrie, en conformité avec celle des dissolutions partielles ou globales, permet d'intégrer résolument la Psychiatrie dans la pathologie générale sans la confondre purement et simplement avec la Neurologie. L'une et l'autre doivent s'appliquer à chercher la genèse des troubles qu'elles étudient dans les désordres somatiques ou cérébraux. Il est clair qu'un même processus cérébral, une tumeur, une encéphalite, peut engendrer soit des syndromes neurologiques, soit des psychoses ; les uns et les autres étant de structure différente. Signalons que parmi les syndromes neurologiques, il y a lieu de ranger une catégorie spéciale des troubles des fonctions psychiques élémentaires instrumentales désignés sous le nom d'aphasies, apraxies, agnosies, hallucinoses, etc... De telle sorte qu'il est nécessaire que la formation des Psychiatres et des Neurologistes soit mixte : les Psychiatres devant être aussi des Neurologistes et les Neurologistes devant être aussi des Psychiatres.

Enfin l'antinosographisme, c'est-à-dire le refus de voir dans les Psychoses des entités, est d'une importance théorique et pratique considérable. Ce qui définit une entité c'est le rattachement d'un ensemble de symptômes à une cause bien caractérisée. C'est le facteur étiologique, et non son expression clinique, pour « si spécifique » qu'elle paraisse, qui définit l'entité. La paralysie générale est devenue une entité lorsqu'elle a été définie comme une méningo-encéphalite syphilitique. Mais alors, le syndrome « démence paralytique » a perdu sa spécificité puisque nous connaissons des paralysies générales qui n'ont pas du tout cet aspect et des syndromes ressemblant à la paralysie générale qui relèvent d'une autre cause. Les entités comme « la psychose périodique », la « schizophrénie », la « démence précoce », « l'épilepsie », etc... sont des *mythes*. Et cela parce que, à supposer qu'un jour une étiologie unique leur soit reconnue, l'exemple si souvent invoqué de la paralysie générale peut nous faire prévoir que cette cause apparaîtra capable d'engendrer également d'autres formes psychiques. On a une forte tendance actuellement à considérer les Psychoses comme des entités « génétiques », c'est-à-dire comme le développement de « gènes » héréditaires. Quant à nous, qui admettons par hypothèse que ces



entités n'existent pas, nous pensons que l'importance formidable de l'hérédité en Psychiatrie doit s'interpréter beaucoup plus facilement et naturellement en conformité avec le vieux concept de « dégénérescence héréditaire » que par la gymnastique d'esprit et les statistiques des généticiens.

Nous ne pouvons entrer dans le détail des points de vue nouveaux qu'introduit la conception organodynamiste dans une foule de problèmes particuliers (hallucinations, hystérie, classification des délires, etc...).

Mais avant de terminer, notons combien la théorie jacksonienne dont nous venons de résumer les principes essentiels s'adapte à l'interprétation des extraordinaires effets observés sous l'influence de la « *thérapeutique par les chocs* » dans l'évolution des Psychoses. Il s'agit là d'une thérapeutique non spécifique qui transforme profondément les tableaux cliniques, fait qui place dans le plus cruel embarras la nosographie classique d'inspiration mécaniciste. Pour nous, au contraire, nous comprenons que des modifications introduites dans le processus générateur, la mobilisation des plans de niveau puisse réveiller un travail de reconstruction, sorte de « cicatrisation psychique », jusque là assoupi. Et nous comprenons aussi que le travail de réévolution puisse faire passer la Psychose par des niveaux différents de celui auquel elle avait paru se stabiliser.

Nous ne terminerons pas cet exposé sans souligner de la façon la plus formelle que la répudiation de la psychogénèse comme facteur pathogène et notre conception générale des rapports du physique et du moral assigne nécessairement à la psychiatrie *des limites*. Ceci notamment à l'égard des activités supérieures humaines, des valeurs spirituelles (génie, expérience mystique, actes moraux ou immoraux, esthétique, etc...). *Le domaine de la psychiatrie s'oppose à cet égard à celui de la liberté et sans cette opposition la Psychiatrie ne peut exister.*

Nous en avons assez dit (trop ou pas assez !) pour faire comprendre la portée d'une conception dont nous n'avons pu exposer ici que le maigre squelette doctrinal. Nous nous réservons, dans les travaux que nous préparons, d'en développer les divers aspects théoriques et cliniques. C'est une tâche immense à laquelle nous convions ceux qui pensent comme nous que la Psychiatrie doit échapper à l'étreinte métaphysique mécaniciste qui l'étouffe sans tomber dans les erreurs des conceptions purement psychogénésiste. Et cela, en retrouvant la tradition vitaliste et hippocratique de la médecine si *naturellement* conforme à l'objet propre d'une psychiatrie organodynamiste.

---

## PSYCHIATRIE ET PSYCHANALYSE

### *L'apport de la psychanalyse à la psychiatrie*

PAR

MICHEL CENAC

Il faut toujours un certain recul pour pouvoir apprécier à sa juste valeur une théorie ou une thérapeutique nouvelle. Après une première période d'engouement, les uns déçus par les insuccès de certaines de ses applications, la critiquent ; les autres, attirés par de nouvelles idées ou de nouveaux traitements, l'abandonnent, et elle ne tarde pas finalement par tomber dans l'oubli.

Il y a cependant des exceptions, et nous connaissons tous des traitements qui se sont imposés d'emblée par la régularité de leurs effets curatifs et par leur valeur thérapeutique absolue, tel le traitement récent de la mélancolie anxieuse et de certains états confusionnels par l'électro-choc.

Mais, à côté de ces rares et retentissants succès, certaines méthodes ont prévalu bien des années après leur apparition et elles satisfont encore ceux qui ont fait preuve de persévérance dans leur application. L'expérience a montré, à l'usage, la nécessité d'une sélection parmi les malades susceptibles d'en bénéficier, et grâce à ce choix judicieux l'on continue à enregistrer d'heureux résultats.

Ces quelques considérations générales peuvent s'appliquer à la méthode psychanalytique. Nous pouvons, à l'heure actuelle, nous demander, à côté des résultats appréciables de la psychanalyse dans la thérapeutique des maladies mentales, quel a été son apport aux conceptions psychiatriques actuelles.

Il a été longtemps de règle d'affirmer que la psychanalyse ne pouvait s'appliquer qu'aux sujets atteints de névroses ; dans les cas de psychose elle restait inopérante et n'apportait aucune clarté à la compréhension des symptômes présentés par ces malades.

Faut-il donc abandonner le point de vue psychanalytique quand on aborde l'étude d'une psychose ? Nous ne le croyons pas car si la pathogénèse des psychoses doit presque toujours être recherchée dans des causes ou des troubles somatiques, la psychanalyse nous aide parfois à mieux comprendre *la structure* d'une psychose en nous permettant d'en explorer les éléments profonds.

Pour pouvoir mieux apprécier ces possibilités qui nous sont offertes, il me paraît indispensable, passant en revue un certain nombre d'affections mentales, de souligner l'apport de la psychanalyse à l'étude de ces maladies, en exposant les idées ou les théories qui ont été émises par Freud et ses élèves. Cette façon de procéder permettra au lecteur de juger de la valeur qu'il peut attribuer à ces acquisitions, quitte à n'en retenir que ce qui lui apparaîtra comme évident ou démonstratif.

Il faut bien reconnaître certaines difficultés à ce mode d'exposition. La première réside dans le caractère ésotérique de la terminologie freudienne, aussi m'efforcerai-je de suppléer par des commentaires ou des explications en langage courant à cette obscurité verbale.

Nous allons rencontrer une deuxième difficulté dans les divergences de vue concernant la classification des affections mentales, entre Freud et ses disciples d'une part, et les psychiatres d'autre part qui ont adopté une fois pour toutes une classification classique telle que celle de Kræpelin par exemple.

Cette dernière difficulté est loin d'être insurmontable car ces divergences ne portent que sur un petit nombre de psychoses ou de névroses et les points de vue où les éritères ne sont pas tellement différents qu'on ne puisse trouver un moyen terme, ou à défaut la possibilité par une claire exposition de faire disparaître tout malentendu.



Il peut paraître, pour le moins singulier, à certains, de tenter par la psychanalyse l'étude des *états hallucinatoires* et de certains délires d'influence. Il semble, à l'heure actuelle, que les causes premières de ces troubles doivent être recherchées dans des modifications somatiques.

Le contenu de ces hallucinations ou de ces délires peut cependant nous en imposer comme des manifestations de l'inconscient.

Faut-il admettre avec Freud qu'à la base de tout délire de persécution, on peut trouver une réaction contre l'homosexualité inconsciente ?

Sans revenir sur ses théories de la sexualité et sa conception de la personnalité, qu'il me soit permis de rappeler que parmi les fonctions du Moi, nous devons surtout retenir la fonction de protection. En effet, il semble que le conscient doit protéger le sujet du sentiment de déplaisir résultant d'une trop grande tension qui pourrait naître d'une excitation trop forte venue soit du monde extérieur, soit du monde intérieur inconscient.

Dans ce dernier cas, par le mécanisme de la *projection*, le Moi se libère de ce qui lui est trop pénible, en considérant comme venant de l'extérieur les sensations profondes insupportables.

Grâce à cette projection, les tendances homosexuelles sont perçues comme venant de l'extérieur mais déformées, car ce qui devait être ressenti intérieurement comme *amour* est perçu extérieurement comme *haine*. Il y a dans ce cas non seulement libération par la projection mais aussi conservation de l'affect, après avoir subi un retournement qui le rend acceptable par la personnalité.

C'est ainsi que peuvent s'expliquer, aux yeux des psychanalystes, certains délires de persécution ou d'influence.

Qu'il me soit permis de dire que pour que cette libération du Moi puisse s'effectuer, il faut envisager primitivement un trouble organique. Il ne viendrait cependant à l'idée de personne d'incriminer l'encéphalite léthargique comme cause productrice de perversions instinctives chez l'enfant ; on considère plutôt qu'elle constitue une cause libératrice d'instincts profonds se manifestant, grâce à la disparition du frein éthique, péniblement acquis par l'éducation et détruit par la maladie.

C'est probablement par un mécanisme analogue que dans les syndromes d'automatisme mental, les tendances inconscientes se manifestent dans le conscient, grâce à la perturbation de centres régulateurs.

Quelle est la part de l'inconscient ou des complexes dans la structure de la *schizophrénie* ?

Dans les cas de schizophrénie, les psychanalystes considèrent que « c'est à la faveur d'une *faiblesse du Moi* que le courant de « la pensée est si particulier : prédominance des affects, mécanismes prélogiques, tendances aux déplacements, à la symbolisation, et enfin, négation plus ou moins totale de la réalité. « Pour résumer, on peut dire qu'il y a chez le schizophrène : « a) une faiblesse du Moi d'où il résulte d'une part une trop « violente opposition entre la réalité et les forces instinctives et « d'autre part une manifestation trop directe de ces dernières ;

« *b*) une régression affective sur le plan auto-érotique (ou narcissique) d'où il résulte : une impossibilité d'investissement libidinal des êtres (amour), ou des choses (intérêt, activité adaptée).

« Bref, une paralysie suivie d'un retour sur soi de la libido. »

A travers cette terminologie psychanalytique nous pouvons dégager cette notion exprimée par l'auteur (psychanalyste lui-même) que c'est à la *faueur d'une faiblesse du Moi* que s'exagèrent les manifestations des forces instinctives et que se produit la régression affective sur le plan auto-érotique. Le problème pathogénique n'est donc pas résolu, car les psychanalystes n'expliquent pas la faiblesse du Moi, ils se bornent à la constater et à en étudier les conséquences.

Parmi ces conséquences, il en est une sur laquelle ils insistent tout particulièrement, c'est la difficulté du transfert au cours du traitement.

« Les *affections paraphréniques* (paranoïa, démence précoce), écrit Freud, se sont avérées les premières accessibles à notre étude de l'électivité névrotique. Considérons leurs caractères communs ; elles détournent le patient du monde des objets, elles rendent le transfert difficile ; ces caractères nous font conclure que la fixation qui prédispose à ces psychonévroses (?) doit être cherchée dans l'évolution de la libido, à un stade antérieur au choix objectal, c'est-à-dire dans la phase de l'auto-érotisme et du narcissisme. »

C'est à la fixation à la même période pré-objectale que les psychanalystes attribuent la modalité des idées délirantes des mélancoliques :

« L'une des composantes de la *mélancolie* est la tendance du malade à s'identifier avec l'objet perdu ; cette identification d'un type tout à fait primaire, archaïque, c'est l'introjection, pour l'inconscient du sujet qui ne peut pas supporter la perte de l'objet ; grâce à l'introjection, ce dernier est incorporé, gardé en lui-même.

« L'autre composante serait l'agressivité du mode d'activité de la libido fixée au cours de sa première phase, celle du stade sadique oral.

« On peut donc envisager deux plans dans la structure de la mélancolie :

« *a*) perte de l'objet aimé mais qui est éprouvé comme une frustration pénible et non pas acceptée sans souffrance comme dans la schizophrénie ;



« b) régression au stade sadique oral, l'introjection de l'objet aimé qui est repris et gardé ainsi, à qui sont adressées toutes sortes de reproches, et à qui sont infligées des souffrances. »

De l'aveu de l'auteur, il laisse de côté les troubles organiques et les troubles intellectuels pour n'envisager que les idées délirantes du mélancolique.

La psychanalyse permet ainsi, par cette étude caractérologique, de préciser la modalité des idées délirantes en fonction de la personnalité du malade grâce à l'exploration de son passé instinctif ; elle est impuissante à expliquer les troubles physiques ou intellectuels qui constituent, à mon avis, le noyau de l'affection.

Après avoir passé en revue les différents types de psychoses, et après avoir exposé les différentes explications fournies par les psychanalystes, quant à leurs mécanismes affectifs, il nous reste à envisager l'apport des idées de Freud à la compréhension des *névroses*.

Cet apport va nous apparaître d'emblée beaucoup plus considérable et surtout plus fertile. Non seulement il nous permettra de mieux comprendre la structure de la névrose, mais de préciser son étiologie et parfois sa pathogénie.

La *névrose obsessionnelle* a fait l'objet de nombreuses études, au point de vue psychanalytique. Après les travaux de M. Janet, Freud a surtout insisté sur la valeur symbolique de l'obsession. Le point initial de la théorie freudienne, l'hypothèse directrice, est que les obsessions, malgré leur apparence souvent absurde, ont une valeur réelle, c'est-à-dire une signification parfaitement définie. Elles ne se produisent donc pas au hasard, mais au contraire répondent à une nécessité dont elles ne sont que l'expression. Seulement cette nécessité qui les détermine, quoiqu'essentiellement psychologique, ne s'explique pas par un jeu de motifs intellectuels, mais s'appuie sur un état très spécial de l'affectivité, qui en dernière analyse apparaît comme la conséquence d'un trauma affectif ancien, non liquidé et qui joue ainsi le rôle de conflit.

Dans les cas de névrose obsessionnelle grave, l'obsession ne surgit qu'après une phase fort longue de névrose plus ou moins latente et représente bien non pas un début mais un aboutissant, ce qui implique évidemment dès ce moment l'existence d'un état anormal rendant possible la naissance de l'obsession.

C'est alors qu'elle se manifeste sur un mode spécial de pensée,

conséquence vraisemblable du refoulement et auquel Freud a donné le nom de *pensée compulsionnelle*.

Cette pensée compulsionnelle apparaît comme une *formation* de compromis entre des représentations refoulantes et refoulées.

Il n'y a pas ici de refoulement total comme cela se voit au cours d'autres névroses comme l'hystérie, mais seulement un refoulement partiel qui se borne à arrêter « le souvenir pathogène dans sa figure originelle ainsi que le reproche qui en découle » (Freud). Ce refoulement partiel permet le passage d'un « substitut » plus ou moins modifié et qui n'est autre que ce compromis. C'est la tendance issue du souvenir et qui le continue qui va se faire jour ; elle est en contradiction avec le Moi du sujet, celui-ci s'efforce de la maintenir refoulée, elle va tendre cependant à prendre une place dans le psychisme, et toujours présente quoique arrêtée, à moitié plongée dans l'inconscient par sa racine, à moitié émergée dans le conscient par ses manifestations, elle va donner comme un corps à l'impression de dédoublement ressentie par l'obsédé.

La pensée compulsionnelle, d'autre part, comme certains éléments du rêve paraît être un produit de condensation. Si l'on évoque les traumatismes qu'a supportés le malade au cours de son évolution, il semble que chacun laisse dans l'inconscient un élément, un détail qui coopérera plus tard à la formation de la pensée compulsionnelle. Cette dernière apparaît à l'analyse comme le résultat d'un mécanisme de condensation ou de surdétermination. Dans les cas de conflits normaux, que chacun de nous peut connaître, conflits actuels, nos réactions sont en relation directe avec le conflit. Il n'en est plus de même quand reste seule la pulsion affective, alors que les éléments représentatifs du conflit sont si lointains qu'ils sont tout à fait oubliés et qu'ils ont été d'ailleurs l'objet d'un refoulement intense. On comprend donc les conséquences de cette affectivité inactuelle, et on ne peut s'étonner du caractère d'étrangeté dont se revêtiront les réactions du sujet, car ces forces vivantes tendent à se faire jour chaque fois qu'une situation analogue à celle qui les détermina viendra s'offrir à elles.

Peut-on admettre chez l'enfant une prédisposition à la névrose obsessionnelle ?

« A vrai dire, les stades évolutifs des pulsions du Moi ne nous sont jusqu'à présent que bien mal connus. Je ne connais qu'une seule tentative pour aborder le problème, pleine de promesses, il est vrai, celle de Ferenczi. J'espère ne pas trop m'avancer en admettant avec lui qu'il y a lieu de prendre en

« considération, quant à la *prédisposition à la névrose obsessionnelle*, le fait que l'évolution du Moi soit en avance sur celle de la libido. Cette avance expliquerait que le choix objectal se fit avant que la fonction sexuelle n'eût encore atteint sa constitution définitive, et qu'il y eût fixation au stade prénatal de la vie sexuelle (Freud).

« Les causes déterminantes des névroses comprennent des causes que l'homme apporte dans la vie, causes constitutionnelles et des causes que la vie apporte à l'homme, causes accidentelles. Or, il semble que les déterminantes de l'élection névrotique soient toutes des causes du premier genre, des *prédispositions* donc, indépendantes des événements susceptibles d'avoir une influence pathogène.

« Où faut-il chercher l'origine de ces *prédispositions* ? Notre attention a été attirée sur un fait important, que voici : toutes les fonctions psychiques intéressées dans la question (les fonctions sexuelles surtout, mais aussi d'importantes fonctions du Moi) ont subi une évolution longue et compliquée avant d'atteindre l'organisation qui les caractérise chez l'adulte normal. Or, maintenant, nous admettons que ces évolutions ne se font pas toujours sans à-coups, que chaque fonction est soumise dans son entier à la modification progressive. Si une partie de la fonction envisagée s'accroche à un stade dépassé, il en résulte ce que nous appelons un point de fixation, et la fonction entière peut alors, quand survient une maladie exogène, régresser jusqu'au niveau de ce point.

« Les *prédispositions* ne seraient donc que des inhibitions dans l'évolution. Conception dans laquelle nous confirme l'analyse qui se dessine alors avec la pathologie générale de bien d'autres maladies. L'investigation psychanalytique s'arrête devant la question du déterminisme des facteurs qui engendrent ces troubles évolutifs et abandonne ce problème à la recherche biologique (Freud). »

Parmi les troubles causés par la régression, les *troubles hystériques* ont fait l'objet de nombreuses études depuis l'observation princeps de Breuer et Freud.

Freud a donné le nom d'*hystérie de conversion* aux manifestations somatiques de la névrose hystérique, conservant le terme d'*hystérie d'angoisse* aux manifestations anxieuses et phobiques.

Hesnard schématise ainsi les caractères distinctifs de ces deux différentes formes :

Dans l'hystérie de conversion, l'apparition du symptôme est brusque, capricieuse, la disparition soudaine ou la transformation subite en symptômes psychiques.

Dans la forme phobique, l'apparition est insidieuse, progressive, la période d'état est longue, la disparition lente ou incomplète.

L'hystérie de conversion est facilement modifiée par la suggestion ou la persuasion : la phobie est extrêmement rebelle à toute suggestion.

L'hystérie de conversion n'apparaît que devant un public, le tableau clinique cesse quand le public disparaît. C'est une *névrose d'expression*.

La phobie n'est pas influencée par le public où au contraire sa présence aide le sujet à réduire sa névrose en la dissimulant. C'est une *névrose d'impression*.

L'aspect clinique de l'hystérie affecte les fonctions des systèmes de relation : motricité, sensibilité, organes des sens, et donne au sujet un caractère spectaculaire dramatique.

La phobie affecte surtout le système végétatif et endocrinien et évolue sans objectivité.

L'hystérie de conversion supprime l'angoisse et provoque habituellement une sérénité de l'état mental : l'angoisse est au contraire renforcée dans la crise phobique.

Depuis les travaux de Breuer et Freud, on peut dire que certaines manifestations de l'hystérie sont étroitement liées à un trauma causal remontant à l'enfance.

Tantôt ce rapport est évident : par exemple un affect exprimé pendant un repas et provoquant des nausées ou vomissements sera susceptible de reproduire ce symptôme pendant des mois. Dans d'autres cas le rapport n'est pas si simple ; il n'y a plus qu'un rapport symbolique entre la cause et le phénomène pathologique observé.

Chaque symptôme hystérique disparaît dès qu'on a réussi à réveiller le souvenir du fait causal, ainsi que l'affect qui l'accompagne. C'est ainsi que s'effectue la liquidation par « *abréaction* ».

Dans leur premier travail Breuer et Freud reconnaissent que, s'ils ont pu élucider un des mécanismes psychologiques de l'hystérie, ils se rendent compte que les causes profondes de la maladie n'ont pas été abordées mais seulement le motif accidentel de la névrose.

Plus tard, Freud met ainsi en relief le côté dynamique de sa conception : ensemble de pulsions de l'instinct sexuel ne pou-

vant trouver une satisfaction normale, barrage opposé par la résistance à cette satisfaction, conservation de l'énergie affectée à ces tendances, satisfaction et libération partielle de l'énergie par la formation d'un compromis qui est le symptôme morbide.

C'est souvent à la faveur d'une amnésie de type affectif (refoulement) que se manifeste ce symptôme.

Ce refoulement joue une si grande part dans la théorie de Freud qu'il m'a paru intéressant de rapporter ici un cas d'amnésie observé par M. Janet et rapporté par Delay (Dissolutions de la Mémoire).

M. Delay étudiant les amnésies d'origine affective reconnaît que Darwin et Schopenhauer ont insisté sur le fait que l'on oublie ce qui nous a été désagréable, mais que c'est Freud qui a élucidé les mécanismes affectifs de l'oubli.

« L'amnésie n'est pas un symptôme pour les psychanalystes, c'est le symptôme, c'est une perspective.

« La doctrine freudienne consiste à admettre que l'oubli n'est pas fortuit, qu'il a un sens, une signification, une cause positive. Cette cause pour Freud c'est le refoulement. »

Parmi les exemples d'amnésie cités par M. Delay retenons le cas d'Irène, malade de M. Janet, qui, à la mort de sa mère, eut une amnésie concernant cet événement. M. Janet l'interprète ainsi : « Chez Irène, jeune fille timide à l'excès, incapable d'actions sociales, constamment dirigée par sa mère, l'acte le plus difficile e'est de s'adapter à la vie sans sa mère, c'est de prendre son parti de cette mort et de se conduire en conséquence. Aussi c'est ce qu'elle cesse de faire d'une manière complète, l'amnésie, du moins l'amnésie d'assimilation, en est la conséquence. »

Or Irène, écrit M. Delay, avait pendant sa période amnésique des crises oniriques hallucinatoires pendant lesquelles elle revivait tous les détails de l'agonie. Au bout de six mois réapparut le souvenir de la mort de sa mère.

Depuis le moment, dit M. Janet, où Irène fut capable de penser volontairement à sa mère, elle cesse d'y penser involontairement. Depuis qu'il n'y avait plus d'amnésie, il n'y eut plus d'hypermnésie. Les crises hystériques cessèrent complètement, les hallucinations, toutes les terreurs subites d'origine subconsciente disparurent absolument.

M. Delay ajoute que M. Janet a vu qu'Irène était guérie *puisqu'elle* était capable de faire le récit de la mort de sa mère, il n'a pas conclu qu'elle était guérie *parce qu'elle* en était capable.



\*.  
\*\*

Après cet exposé, on peut d'ores et déjà se rendre compte de l'importance respective de l'apport de la psychanalyse dans l'étude et le traitement des psychoses et des névroses.

Si, dans les psychoses, les données fournies par l'étude de l'inconscient permettent de mieux comprendre la structure de la maladie, en nous fournissant des précisions sur les caractéristiques ou les défauts de développement de la personnalité, la psychanalyse se révèle cependant inefficace au point de vue thérapeutique par l'impossibilité du transfert, en raison de la rigidité ou de la déficience affective du sujet.

Dans les névroses, par contre, le traitement permet de pénétrer plus intimement dans les mécanismes qui ont présidé à la formation des symptômes. Il nous donne également des indications précieuses sur les troubles du caractère et du comportement du névrosé dans la vie quotidienne ; les troubles de la sexualité qui sont de règle chez ces malades s'améliorent et disparaissent avec les autres symptômes au cours du traitement. Il ne s'agit pas ici de perversions constitutionnelles, pour lesquelles la psychanalyse se montre inopérante, mais de perversions acquises ou plus exactement *réactionnelles*, car elles constituent la plupart du temps une réaction du sujet à l'égard de son entourage.

Elles représentent, dans ce cas, de véritables tentatives d'évasion d'un ordre social rendu insupportable, le plus souvent grâce à une éducation mal conduite.

Pour conclure il nous faut reconnaître que l'apport de la psychanalyse dans l'étude de la pathogénèse des maladies mentales se réduit à bien peu de chose et que nous pouvons dire avec Freud « que l'édifice théorique de la psychanalyse n'est en réalité qu'une superstructure que nous devons asscoir sur sa « base organique. Cela ne nous est pas encore possible ».

---

# EVOLUTION DE LA THÉRAPEUTIQUE DES MALADIES MENTALES

PAR

HENRI CLAUDE

Il y a trente ou quarante ans, quand des médecins se rencontraient au lit d'un malade pour discuter du traitement à proposer dans un cas d'affection mentale, ils ne comptaient guère que sur le temps pour dénouer une évolution qui paraissait tendre vers la chronicité, et toutes les médications proposées risquaient de susciter un sourire sceptique.

Les temps sont bien changés depuis ces dernières années. Il n'y a plus de place à l'ironie lorsqu'on ouvre aujourd'hui le chapitre des traitements curateurs préconisés, ou seulement de ceux qui ont donné un soulagement. Certes, il y a place encore pour des études qui apporteront sans doute des enseignements nouveaux, tous les jours.

Est-ce à dire que nous soyons autorisé à prononcer déjà le mot de victoire et à écrire, comme on l'a fait imprudemment : on guérit la folie ? Non ! Nous avons des résultats tout à fait dignes d'intérêt dans certains cas, mais la vérité veut que nous nous inclinions, hélas ! non sans regret, devant les lois de l'hérédité, les exigences des erreurs de la vie qui dominent et entravent nos tentatives de redressement, sachant la part à faire aux défaillances de la morale et de l'hygiène sociales qui échappent encore à notre action et ont leur rôle dans la genèse des maladies mentales.

Mais, de même que l'œuvre du neuro-chirurgien s'affirme bien-faisante chaque jour davantage grâce à une technique meilleure, il n'est pas exagéré de penser que, mettant à part les déchéances congénitales, héréditaires ou constitutionnelles à caractère presque fatal, les tares génotypiques qui affectent certains malades de l'esprit, il reste encore un champ d'observations psychiatri-

ques et de recherches de traitement assez variées pour qu'une œuvre thérapeutique s'offre aux psychiatres afin que leur action rejoigne modestement celle des autres médecins.

Prendrai-je, par exemple, l'histoire de la paralysie générale ? Quand nous avons célébré le centenaire des travaux de Bayle, si le chapitre de l'anatomie, de la clinique de cette maladie et même de la pathologie générale, apparaissait assez mis en lumière, le chapitre de la thérapeutique restait considéré encore comme à peu près inabordable. Le traitement spécifique n'avait encore fourni que des désillusions. Après une période de tâtonnement inévitable au début, les recherches faites dans la voie des méthodes chimiques, au contraire, par l'apport de nouveaux corps, d'action plus élective sur les agents pathogènes, apportaient des indications précieuses, et enfin, la thérapeutique biologique entre les mains de Wagner-Jauregg nous montrait des faits du plus haut intérêt.

Certes, les partisans de l'une et de l'autre méthode (chimique ou biologique) gardent, encore aujourd'hui, leurs adeptes, quoique certains passent volontiers, en cas d'insuccès, de l'une à l'autre. Il convient d'ailleurs de remarquer que la période d'observation reste encore ouverte. En effet, la méthode biologique a mis longtemps à être fixée avant d'arriver à la technique de la malariathérapie. Après avoir tâtonné, en cherchant au début dans les infections provoquées par la fièvre récurrente, ou les virus de diverses maladies exotiques, et même la tuberculine, Wagner fixa sa technique sur le virus malarique.

Mais ceci n'a que la valeur d'un passé historique. Ce qui est davantage d'un intérêt immédiat, c'est la recherche des causes d'insuccès, car des multiples travaux qu'a suscités cette thérapeutique, il résulte que les échecs sont dus surtout à des conditions qu'il fallait soupçonner à l'avance : longue durée de l'évolution des accidents nerveux, traités trop tardivement ; lésions parenchymateuses ou vasculaires, trop profondément constituées, trop grande toxicité ou insuffisance d'action de certaines souches inoculées qui, chose curieuse, avaient donné les preuves de leur virulence sur certains malades antérieurement traités.

Il y a aussi les arguments tirés de l'état constitutionnel du sujet soumis à la cure. Les alcooliques qui, en raison de leur faible résistance générale, supportent mal le traitement qui doit même leur être déconseillé, car ils ne font pas les frais de la réaction nécessaire. Toutes les méthodes thérapeutiques qui s'appuient sur une base biologique sont susceptibles de provoquer les mêmes critiques qui mettent en avant l'état général et le ter-

rain qu'offre le sujet. Pourquoi certains malades conservent-ils des réactions pathologiques et surtout un Bordet-Wassermann longtemps positif avec un état clinique plus favorable ?

Les réactions propres à chaque sujet sont donc très variables et les arguments, même tirés de l'examen histologique du liquide céphalo-rachidien, restent très discutables.

Enfin, au point de vue du résultat terminal de la cure, il faut bien savoir que l'issue favorable dépend des soins consécutifs à l'intervention un peu empirique de la méthode de choc. La nécessité d'une thérapeutique pathogénique par les agents chimiques (arsenic ou bismuth) s'impose, en effet, après la mise en jeu de l'action générale.

Une cure normale doit être suivie après la période de pyrexie, d'un traitement chimique continué pendant trois ans au moins, en alternant les injections de bismuth et d'arsenic, séparées elles-mêmes par des périodes de repos d'un mois. Bien des échecs sont dus à la négligence des malades, ou des médecins qui, en raison de l'aspect floride du sujet, croient devoir interrompre l'imprégnation chimique plus ou moins longtemps.

\*  
\*\*

En dehors de cette action chimique sur laquelle nous revenons un peu plus loin, nous ne citerons, pour être complet, que l'introduction de l'agent pathogène de la malaria par la voie crânienne, préconisée par Ducosté, pour laquelle la principale objection que l'on puisse faire est que, peu importe le mode de pénétration du virus dans l'organisme puisque ce n'est pas à proprement parler une action locale que l'on recherche, et, d'autre part, la technique apporte une complication nouvelle (trépanation) à une méthode déjà critiquable par la maladie nouvelle que l'on crée.

D'autre part, P. Mollaret a préconisé une méthode pratique d'impaludation en deux temps, évitant la réinoculation en cas d'insuccès et avec apyrexie intermédiaire, réglable à volonté (1). Cette méthode a permis de suspendre la période de pyrexie en cas de fatigue du malade, et après un certain temps de rémission, de réaliser la reprise des accès sans nouvelle impaludation.

Ce traitement, qui consiste, après éclosion de la malaria provoquée, à obtenir à volonté une suspension temporaire des accès par trois injections quotidiennes de rodopréquine : 3 cgr. de

(1) P. MOLLARET. — Congrès de Copenhague, 21-25 août 1939.

rodopréquine (mélange à parties égales de deux médicaments, dits « gamétocides », la præquine et la rodoquine), permet donc le repos pendant une semaine ou deux avant la reprise des accès (quatre, par exemple) ; il n'empêche pas d'ailleurs l'extinction ultérieure des accès par la cure ordinaire de quinine ou spontanément.

L'auteur considère cette technique comme la technique d'avenir, ramenant la mortalité et les contre-indications à zéro.

\*  
\*\*

En conclusion, jusqu'à présent, l'inoculation avec une souche éprouvée déjà, dans un service spécialisé, sur différents sujets traités, suffit le plus souvent à assurer la réussite de la méthode, avec la surveillance du traitement par la suite, comme nous l'avons dit.

Il est évident que, puisque nous concluons qu'il est nécessaire, après le choc malarique que nous avons provoqué, de continuer le traitement chimique avec persévérance, c'est donc lui surtout qui est l'agent curateur dans la paralysie générale. Aussi, a-t-on pu se demander avec raison s'il ne suffit pas, sans déterminer au préalable une malaria expérimentale agissant en quelque sorte par mordantage, de soumettre le malade à un traitement spécifique particulièrement actif pour se contenter du rôle curateur de l'agent chimique spécifique.

Mais cette méthode, qui avait paru insuffisante avec l'emploi des corps utilisés autrefois, a semblé donner de réels résultats lorsqu'on s'est adressé au stovarsol, ainsi que l'ont proposé Sézary et Barbé, évitant, de cette façon, les risques que pouvait faire courir l'infection paludéenne.

D'après les statistiques de ces auteurs, ainsi que de celles de Marchand, il n'est pas contestable que cette thérapeutique, plus facile à mettre en jeu que la malariathérapie, a donné des résultats intéressants. Mais nous croyons toutefois que lorsqu'on est dans des conditions favorables de traitement bien surveillé et pour avoir une souche active, et que le malade est assez résistant, il semble qu'on obtienne plus rapidement et plus sûrement des modifications, aussi bien anatomiques que cliniques, par le choc malarique provoqué au préalable.

En résumé, on peut dire que nous sommes, à l'heure actuelle, en présence de diverses méthodes soit biologiques, soit chimiques, qui permettent d'arrêter dans un nombre important de cas l'évolution fatale de la paralysie générale. Mais une fois de plus



ici, il faut faire la part des insuccès que l'on rencontre encore et dont les raisons nous échappent malheureusement parfois. Nous les avons passées en revue dans une série d'articles que nous ne rappellerons pas ici : l'essentiel, c'est qu'on retienne le principe de la nécessité du traitement de bonne heure, d'une part, par la malariathérapie, suivi de la méthode chimique, ou bien de l'effet bienfaisant de la méthode chimique pratiquée d'emblée à des doses suffisamment actives et prolongées avec des chances de réussite assez grandes pour que ce traitement mérite d'imposer au malade le traitement pendant un temps assez long, afin de multiplier les éléments de succès.

Reste à savoir dans quelle mesure, après avoir mis en œuvre un traitement bien conduit pendant un temps suffisant et avec des constatations histologiques favorables (liquide céphalo-rachidien normal, réaction de Bordet-Wassermann négative, constatations cliniques d'apparence favorable), on est en droit de parler réellement de guérison, afin de permettre au malade une vie sociale et familiale active avec les responsabilités qu'elle entraîne. Cette question est particulièrement délicate et il faut bien reconnaître que les avis sont assez partagés sur ce point.

Nous avons vu souvent que des sujets traités comme nous l'indiquons ont présenté, plusieurs années après le traitement, de manifestes erreurs de conduite, des défaillances professionnelles, qui autorisaient à proposer de leur enlever les éléments d'autorité qu'ils revendiquaient, et à parler de diminution de responsabilités dans certaines erreurs ou fautes de leur vie professionnelle et sociale. Il arrive même qu'un examen psychologique assez longtemps poursuivi autorisait des conclusions favorables qui se sont montrées, après une longue enquête, plus ou moins imprudentes.

Cette question de la responsabilité à tous égards de ces anciens malades paraissant améliorés reste donc toujours le côté délicat du sujet qui nous occupe. Il s'agit de cas d'espèce, comme on doit toujours les envisager au point de vue médico-légal et dans lesquels on ne peut pas poser de règles fixes. C'est seulement après un temps d'expérience suffisant, en faisant appel à des tests psychologiques choisis suivant la condition du sujet, plus qu'aux tests biologiques, que l'on peut arriver à donner des instructions concernant la limitation de la responsabilité de certains de ces sujets à qui on a, du moins, permis de vivre et heureusement d'éviter une déchéance intellectuelle comme celle que l'on envisageait autrefois, qui rendait le pronostic de la paralysie générale absolument fatal.

\*  
\*\*

La thérapeutique de la paralysie générale par les méthodes que nous venons de passer en revue mérite donc, incontestablement, de retenir l'attention et d'être mise en œuvre précocement, et longtemps poursuivie, malgré les réserves que nous avons cru devoir faire sur la guérison certaine dans quelques cas après traitement.

Ce traitement malarique a été également tenté dans d'autres maladies du cadre des psychoses et de certains états psychopathiques, mais il faut le reconnaître, sans aucun succès manifeste ; aussi a-t-on été conduit à chercher d'autres formes de méthodes de choc, de façon, en quelque sorte, à mettre en action des moyens de défense de l'organisme et de remise en état des activités fonctionnelles qui pouvaient apparaître comme momentanément faussées.

Ces recherches ont été d'abord conduites dans le domaine des états confusionnels et surtout dans les manifestations psychopathiques observées dans les maladies infectieuses. Dans ces derniers cas, on a été conduit à faire usage des abcès de fixation qui avaient paru donner des résultats intéressants dans les complications organiques de ces infections, soit par la fièvre mise en jeu, soit par les migrations leucocytaires qui sont au premier rang des moyens de défense de l'organisme.

Pour notre part, après avoir essayé les injections de lait, de térébenthine, de nucléinate de soude, etc..., nous avons fini par porter notre choix sur l'injection d'huile soufrée sous la forme de sulfosine, composé stable et facilement utilisable. A ce produit, nous ajoutons, pour renforcer l'action antibactérienne et de choc, un sel d'or qui pouvait avoir une action favorable, également sur l'origine souvent tuberculeuse de l'affection causale.

Bien que l'usage de ces corps ait été détrôné par des procédés plus récents produisant un choc plus intense, il nous a paru encore utilisable dans les cas où, en raison de l'état précaire du sujet, il pouvait sembler préférable de ne pas déterminer une action de choc trop brutale. Ces derniers agents thérapeutiques, dont l'histoire est désormais bien connue, qu'il s'agisse de l'insuline ou du cardiazol, ont pendant assez longtemps retenu l'attention des médecins avec des résultats assez variables.

Nous en avons résumé l'histoire clinique, ainsi que la physiologie pathologique, avec les résultats du traitement, dans le livre avec Rubénovitch publié en 1938.

Ces diverses méthodes, dont l'action n'est pas contestée et dont le mécanisme le plus important réside dans l'action convulsive, comptent encore d'assez nombreux partisans, bien qu'elles aient cédé la place surtout à la méthode plus moderne de l'électro-choc dans laquelle la convulsiothérapie reste au premier plan, alors que la plupart des inconvénients, d'ordre divers, reprochés aux anciennes méthodes, paraissent diminuer d'importance.

Le mode d'action de cette pratique de l'électro-choc a des points de contacts très étroits avec les autres, mais est passible des mêmes reproches qui s'attachent à toutes ces méthodes : nous voulons parler des récidives trop fréquentes survenant après des résultats, non seulement encourageants, mais même prenant l'apparence de guérison et dont la cause reste encore obscure. Et ce n'est pas là le moindre des problèmes que nous considérons comme devant surtout appeler l'attention des médecins : aussi consacrerons-nous la plus grande partie de cette étude aux modalités qu'affectent ces méthodes. Il ne faudrait pas, en effet, qu'après avoir donné les espoirs les plus justifiés, elles découragent les chercheurs par des échecs qu'on ne peut empêcher actuellement de se produire.

\*  
\*\*

Il y a donc lieu de distinguer dans les trois méthodes auxquelles nous faisons allusion, des modalités d'action qui semblent très différentes.

Dans l'insulinothérapie, les convulsions épileptiformes ne sont pas la règle : elles se produisent à un certain degré de l'action du corps injecté et, souvent, font défaut, et bien des expérimentateurs se servent du cardiazol comme élément surajouté, à un certain moment, pour provoquer la convulsion.

Il faut donc chercher dans autre chose que l'action musculaire la cause des perturbations se produisant dans l'organisme.

Dans le choc insulinique, l'examen des courbes de glycémie nous amène à considérer des éléments se produisant dans les processus biologiques immédiats de l'organisme, notamment toutes sortes de variations qui, sur le mode d'une action toxique, peuvent perturber les éléments anatomiques et les différentes parties du système nerveux ou neuro-endocriniens. Il y a des facteurs influant sur les variations de la glycémie, il y a des rapports variables entre la chute glycémique et les phénomènes de choc, il y a également des processus variables dus au resucrage au cours de l'expérience. Enfin, il y a des réactions indi-

viduelles à chaque catégorie de malades en rapport avec leur sensibilité propre, imprimant un caractère spécial, tel que celui des catatoniques.

En résumé, le choc insulínique fait apparaître des réactions vasculaires ou sanguines qui ont quelque analogie avec les variations de la crise hémoclasique (chute leucocytaire et inversion de la formule sanguine apparaissant au moment de la baisse de tension artérielle).

Mais, tandis que le choc caractéristique de la crise hémoclasique s'accompagne, d'après Widál et Abrami, de disparition des plaquettes, dans le choc insulínique il y a, au contraire, augmentation des plaquettes, parallèlement à l'hypoglycémie. S'agit-il là d'une cause suffisante pour justifier le mécanisme de choc ?

Des constatations du même ordre concernant les variations de la formule sanguine ont été observées dans d'autres procédés pyrétothérapiques. Dans la sulfothérapie et l'électropyrexie, nous avons constaté des réactions de même ordre.

On a pu se demander s'il n'y avait pas d'autres éléments que l'on soit autorisé à mettre en cause et, notamment, des perturbations endocriniennes qui pourraient être à l'origine du bouleversement de l'équilibre sanguin. Or, à notre point de vue, le choc insulínique paraît se manifester surtout dans le sens d'une stimulation fonctionnelle de l'hypophyse.

Mais cette étude pathogénique n'épuise pas la question. Les variations des taux glycémiques sont importantes. Pourtant, il faudrait peut-être tenir compte aussi de la notion de rapidité des réactions qui peuvent se produire chez les différents sujets, suivant l'activité desdites mutations du taux glycémique. On a vu ainsi, chez certains individus, des accidents d'hypoglycémie se manifester beaucoup plus tardivement que chez d'autres, alors même qu'on croyait avoir atteint la période de sécurité permettant de laisser le malade sans surveillance.

De même, on trouverait, dans les variétés des phénomènes psychologiques, que l'on observe chez ces malades soumis à ce bouleversement de l'équilibre humoral, des modalités qui prouvent combien l'élément personnel entre en jeu.

Les symptômes confusionnels qui sont, en général, les premiers à disparaître, sont en rapport avec l'importance des bouleversements créés dans l'équilibre psychique. Ils montrent combien l'appréciation du fond mental et son degré d'altération s'éclairent de ce bouleversement passager.

De même, les symptômes de dépression ou d'excitation, les symptômes hallucinatoires traduisent plus ou moins, ainsi que

les manifestations délirantes, la désorganisation d'un esprit dont on cherche à rétablir ou à réajuster les différentes parties qui ont été troublées plus ou moins fonctionnellement.

On conçoit que ces désorganisations, créées artificiellement par les perturbations dans la constitution du milieu sanguin, sont d'autant plus malaisées à analyser que ce bouleversement aura été provoqué après un temps plus long de maladie et auront eu des causes plus profondes. De sorte que le fond mental constitutionnel d'une part, et la durée de l'action des causes nocives d'autre part, entrent en jeu pour expliquer les variations qui suivent d'une façon plus ou moins favorable les actions thérapeutiques dont nous avons indiqué les moyens d'action les plus essentiels.

\*  
\*\*

Nous pensons donc que l'insulinothérapie, dont le mode d'action humoral est certainement très profond puisqu'il se fait sentir, non seulement sur le sang, mais sur les différents appareils endocriniens et le système neuro-végétatif, a des effets beaucoup plus profonds que ceux que l'on obtient par la méthode convulsivante électrique.

Aussi, malgré que les résultats de la méthode de choc convulsif aient semblé détrôner l'insulinothérapie, celle-ci, il faut le reconnaître, exigeant du médecin une surveillance très active, reste encore dans certains cas la thérapeutique qui a des effets apparaissant plus durables. On ne peut donc la considérer comme à abandonner malgré les objections que nous avons cru devoir mettre en avant, car il s'agit uniquement d'une question d'organisation sur le type d'une salle d'opérations et dans une clinique médicale très adaptée.

Il est donc possible qu'un jour, on ajoute la méthode d'insulinothérapie aux autres méthodes, pour en compléter l'action.

\*  
\*\*

Des deux méthodes dont il nous reste à parler et qui agissent par le choc et la convulsion, l'une : la cardiazolthérapie, a vu ses partisans diminuer assez rapidement pour se porter sur l'électrochoc.

Les objections consistent, d'une part, dans la crainte manifestée par certains, à l'égard d'un médicament à proprement parler



agissant sur le système cardio-vasculaire et nécessitant par conséquent, autant que possible, une intégrité à peu près complète de l'appareil cardiaque, bien que nous ayons constaté que certaines lésions mitrales bien compensées permettent la cure qui est bien supportée (1).

D'autre part, la réaction anxieuse que présentent les malades après deux ou trois essais de cardiozothérapie a fait rejeter l'emploi de cette médication, en raison de la résistance des sujets à poursuivre le traitement auquel on voulait les soumettre.

L'électro-choc, au contraire, ne présente pas les mêmes inconvénients puisque les malades n'ont pour ainsi dire pas le souvenir de la crise convulsive et ne manifestent guère un peu d'appréhension passagère qu'au moment de la mise en place du bandeau au front et si le passage du courant n'est pas bien déclenché, ce qui justifie la modification apportée à l'appareillage qui devient automatique (Lapipe et Rondepierre).

De toute façon, les deux méthodes ne produisent leur résultat bienfaisant que lorsque la phase convulsive a eu son plein effet et ce résultat bienfaisant ne peut être apparemment rapporté qu'à la secousse neuro-musculaire qui s'est produite et dont les conséquences se traduisent, après le repos, par la sédation des symptômes observés.

Ces résultats thérapeutiques, il faut bien le mentionner, sont surtout évidents et durables dans les cas de mélancolie sous ses diverses formes jusqu'aux cas les plus sévères (syndrome de Cotard, par exemple), ou même dans des formes de mélancolie avec idées répétées de suicide, qui sont si avantageusement modifiées dans une proportion telle que beaucoup de médecins font un traitement ambulatoire sans hospitalisation, et que des malades réclament d'eux-mêmes la reprise du traitement, une fois ou deux par semaine.

Il convient d'ailleurs de remarquer qu'il apparaît nécessaire de multiplier plus qu'on ne le croit le nombre de séances d'électro-choc. Ce moyen, en effet, nous paraît réellement efficace pour essayer d'entraver les rechutes trop souvent constatées dans ces méthodes thérapeutiques nouvelles qui ont fait porter des appréciations, peut-être injustifiées, sur l'efficacité de ces traitements.

Dans la mélancolie sous ces diverses formes, on comprend que les chants de victoire ont été justifiés car, bien souvent, des

(1) Toutefois, une pratique plus prudente consiste à vérifier le bon état du cœur par la recherche électro-cardiographique.

malades déjà atteints depuis de longs mois et d'un âge avancé, ont été guéris d'une façon définitive, relativement assez vite.

Dans les schizophrénies vraies, nous avons constaté également un nombre de cas favorablement influencés et qui confirment nos idées concernant l'absence de lésions importantes dans cette maladie. Nous connaissons actuellement des cas durant depuis deux ou trois ans, avec tous les caractères les plus typiques de la schizophrénie, qui ont été nettement améliorés au bout de deux ou trois séances, mais malheureusement, d'autres ont été suivis de rechutes au bout de quelques semaines.

Mais si l'on prend la précaution, après avoir cessé le traitement pendant quelques semaines, de reprendre celui-ci avec le même rythme, c'est-à-dire de deux séances hebdomadaires ou plus, on voit de nouveau les symptômes mentaux s'atténuer et disparaître, et les sujets revenir à un état qui encourage les plus sérieux espoirs.

Mais, nous dira-t-on, on ne peut pas continuer pendant des mois et des années un traitement, en somme, fatigant et qui ne donne pas une sécurité absolue en ce qui concerne la mise en liberté de ces malades si fragiles. Il y a donc lieu de poursuivre plus longtemps des recherches dans cet ordre d'idées, pour déceler l'origine de ces rechutes, en connaître la nature et leur opposer un traitement efficace (1).

Enfin, nous devons indiquer que lorsqu'on a affaire à des cas qui entrent dans ce que nous appelons « la démence précoce vraie » que nous considérons comme en rapport nettement avec un état anatomique, les succès sont beaucoup plus rares et, dans bien des cas, font défaut. On peut même dire que les améliorations, même passagères, ne sont pas constatées.

Dans toutes ces formes, qu'il s'agisse du traitement par l'insuline ou par le cardiazol, on n'est pas à l'abri de quelques-unes de ces complications rares qui sont liées à la production de l'action brutale causée par la convulsion. C'est ainsi que, dans quelques cas, on a noté certaines de ces complications qui sont d'un pourcentage relativement minime, telles que : luxation de l'épaule, luxation de la mâchoire, fracture partielle de la colonne vertébrale. Toutes ces affections ne sont, en général, pas des complications durables et on peut y remédier facilement.

(1) Une dernière question restera à envisager : les méthodes thérapeutiques brutales ne peuvent-elles pas engendrer des altérations cellulaires ou vasculaires qui pourront par la suite être l'origine de certaines lésions évolutives ou modifications fonctionnelles nouvelles ? L'avenir répondra. Actuellement nous n'avons rien observé de cet ordre.

Il convient donc de noter que l'électro-choc a au moins l'immense avantage de pouvoir être utilisé sans crainte dans les cas de mélancolie, même chez des sujets âgés de plus de soixante ans, souvent hypertendus ou atteints d'affections cardio-vasculaires qui, si elles sont encore bien compensées, n'entraînent aucun risque en général.

Ces mélancolies des sujets âgés sont durables et constituent une affection préjudiciable chez des êtres par ailleurs susceptibles d'une activité intellectuelle importante. Il est certain que l'emploi de cette méthode constitue un réel avantage.

En somme, on se rend compte, par les pages qui précèdent, que les résultats acquis dans les milieux médico-psychiatriques sont des plus encourageants. Comme je le disais au début de cet exposé, c'est une véritable révolution, que l'on doit reconnaître dans l'histoire des troubles mentaux que l'on a à traiter.

Certes, à côté de certains états tels que les états mélancoliques, les états confusionnels, les schizophrénies au début, ou les formes schizophrénoïdes de certains troubles périodiques ou de type surtout obsessionnel et psychasthénique, il existe inversement toute une catégorie de troubles mentaux à caractère constitutionnel qui résistent au traitement. Ils sont renforcés encore, il est vrai, par des éléments épisodiques, surtout toxiques et liés fréquemment aux conditions sociales, plus ou moins perturbées, pour lesquelles les efforts thérapeutiques restent inexistantes.

Enfin, il faut bien reconnaître que, même dans cette catégorie d'états dont nous venons de parler, qui donnent des résultats thérapeutiques parfois très brillants, il y a lieu de tenir compte de la fragilité de certaines de ces guérisons. Pour la paralysie générale, il convient de ne pas oublier que certains troubles lésionnels sont susceptibles de reparaitre sous une forme larvée, et de nécessiter de nouvelles mesures d'interventions thérapeutiques.

En outre, même dans la thérapeutique de choc, la question des rechutes, des récives — alors que l'on avait lieu de penser tenir une guérison — doit toujours être présente à l'esprit.

Cette question des rechutes, sur lesquelles nous revenons à dessein, peut donc préoccuper constamment, à bon droit, les médecins, et il sera de plus en plus nécessaire, pour en déterminer la cause, de chercher quels sont les éléments pathogéniques qui les justifient, afin d'y porter remède. Mais, le fait que ces rechutes se produisent dans des états sans lésion avérée, nous met sur la voie des perturbations dynamiques qu'a entraînées la thérapeutique chez ces malades, et la cause doit être recher-

chée dans les conditions physiologiques mêmes de l'activité cérébrale.

Si l'on réfléchit aux éléments qui contribuent à former l'équilibre normal des états fonctionnels du système nerveux, auxquels nous avons si souvent affaire, on voit qu'en dehors des conditions pathologiques dont la base repose sur des lésions avérées traumatiques ou dégénératives, constitutionnelles ou lésionnelles, il peut exister des modifications plus discrètes et plus difficiles à déterminer qui troublent les fonctions cérébrales et dont les variations chronaxiques sont une des plus intéressantes, en même temps que des plus délicates à étudier.

Le système nerveux apparaît en effet comme un organe d'élaboration, de pensée, de mouvement et de sensibilité, par l'intermédiaire des centres et des nerfs. L'explication de ce travail se fait par les influx nerveux, allant des centres vers la périphérie ou entre les centres. Cet influx nerveux qui a été comparé grossièrement à un état électrique paraît aujourd'hui être conditionné par l'intermédiaire de substances chimiques qui seraient libérées, au point excité, de façons diverses.

D'après les travaux récents de Dale et Cannon, cités par Chauchard, parmi ces substances chimiques, il faudrait faire une place à l'acétylcholine pour les fibres para-sympathiques, et à l'adrénaline pour les fibres sympathiques. Ces substances, bien qu'en quantités infinitésimales, passent dans les liquides à des concentrations infimes, de l'ordre de un millième et un dixième de milligramme par litre. Elles se révèlent donc par une action plutôt chimique que physique, contrairement à ce que l'on pensait autrefois. Mais, il faut bien reconnaître qu'il s'agit, là encore, de conceptions assez mystérieuses que l'on ne peut approfondir plus complètement.

Il est tout de même un fait, c'est que ces variations chronaxiques sont les témoins d'activités fonctionnelles différentes, dont on a pu régler les conditions dans lesquelles elles se produisent, telle que la loi de dissymétrie des relations des conducteurs nerveux, et, d'une façon générale, les conditions, toujours égales d'ailleurs, de fonctionnement que l'on peut désormais mesurer d'une manière assez fixe.

En tout cas, ces modifications fonctionnelles de l'activité des centres et des nerfs peuvent donner une idée des mécanismes du système nerveux et permettent d'établir des éléments de mesure, dans les formes de schizoses, des activités fonctionnelles, qui prennent ainsi une signification concrète, objective, apportant même, tout au moins, des conditions de comparaison.

Il y a donc lieu de penser qu'en face d'un état profondément troublé, comme chez cette catégorie de malades que nous étudions, on pourra constater certaines perturbations pathologiques susceptibles de rétrocéder au point qu'on puisse parler d'amélioration et même de guérison, alors qu'une terminaison aussi favorable ne peut guère être envisagée aussi définitivement dans les cas d'états lésionnels.

Mais cela n'empêche pas que ces altérations dynamiques souvent heureuses peuvent expliquer les rechutes, puisque les conditions dans lesquelles les modifications chronaxiques se sont produites peuvent se reproduire et de nouvelles atteintes peuvent être portées à l'équilibre du système nerveux, soit dans les fonctions de sensibilité, dans les fonctions motrices, dans les fonctions neuro-végétatives, et enfin, dans les conditions plus à proprement parler psychiques.

De ce point de vue, que nous avançons à titre conditionnel, nous pouvons déjà montrer certaines applications que nous espérons pouvoir poursuivre ultérieurement et dont il est juste d'indiquer déjà les résultats obtenus.

G. Bourguignon a montré, dans un certain nombre de travaux dont nous avons déjà publié quelques-uns avec lui, que la chronaxie vestibulaire est susceptible de montrer de grosses différences, suivant que l'on a affaire à des émotifs dont les chronaxies varient entre 12 et 17, tandis que chez les sujets stables, les chronaxies vestibulaires sont plus grandes, variant entre 17 et 22. G. Bourguignon a fait remarquer que les altérations de chronaxies vestibulaires sont la caractéristique la plus précise de l'état mental actuel dans diverses formes d'aliénation mentale et même chez de simples hystériques, et permet une véritable courbe de l'évolution de ces affections comme la courbe de température constitue une fidèle reproduction de l'évolution des maladies infectieuses.

Nous posséderions donc des éléments de mesure qui permettraient d'apprécier, avant toute thérapeutique, quel est l'état d'équilibre au point de vue chronaxique, chez le malade, et de noter ensuite, après un traitement comme l'électro-choc, dans quelle mesure le sujet se rapproche de la normale ou, au contraire, en cas de rechute, à quel degré il tend à se rapprocher de l'état pathologique noté antérieurement.

Il serait peut-être alors possible de faire intervenir, soit des conditions thérapeutiques nouvelles agissant sur le système nerveux, soit même de rechercher si de nouvelles séances d'électro-choc ne sembleraient pas indiquées, et dans quelle mesure.



D'ailleurs, si nous prenons cette notion d'état dynamique modifié par l'électro-choc comme l'indice d'un état fonctionnel, il n'est pas défendu de penser que cet état fonctionnel pourrait s'accompagner de modifications vasculaires non lésionnelles, mais simplement fonctionnelles et transitoires. C'est ainsi que Cavka aurait constaté, après un traitement par l'insuline ou le cardiazol, chez des schizophrènes, un état de contraction des artères rétinienne et des veines du fond de l'œil, alors que ce trouble manque dans le choc hypoglycémique chez des malades indemnes de troubles psychiques. Cette constatation poussa cet auteur à se demander s'il existait également des phénomènes semblables au niveau des vaisseaux cérébraux. Mais la constatation des transformations chronaxiques nous paraît infiniment plus précieuse, surtout si ces constatations sont répétées et ont un caractère constant, faites par des observateurs compétents capables de dégager des causes d'erreur qu'introduisent des éléments adventices à éviter, telles que douleur, fatigue, etc...

Voici donc un certain nombre d'éléments qui pourraient donner à l'avenir une base scientifique à l'étude des rechutes qui surviennent à la suite de ces traitements. Nous avons montré tout l'intérêt de ceux-ci dont on pourrait rendre l'application plus régulière et plus permanente par une connaissance meilleure de la pathogénie du mode d'action de ces procédés de choc.



A côté de ces maladies traduisant des troubles fonctionnels du système nerveux, il faut parler maintenant des troubles psychiques conditionnés par des états lésionnels et où la neuro-chirurgie nous a fait connaître des causes importantes de troubles psychiques et des traitements qui par leurs résultats encouragent des audaces justifiées.

La neurochirurgie, en raison des perfectionnements incessants dans la technique survenus dans ces dernières années et du fait des connaissances anatomiques et physiologiques acquises par l'expérience, est arrivée à un degré d'habileté qui rend désormais cette thérapeutique très recommandable. Certes, les aléas sont encore nombreux et très à redouter, mais l'important de certaines acquisitions rend ce traitement toujours à envisager, quitte à les discuter à propos de certains cas.

Tout d'abord, il y a une série d'actes opératoires qui s'imposent dans les cas douteux de tumeur cérébrale ou d'hypertension

intraeranienne avec ou sans méningite séreuse, de sorte que, dans certains syndromes, la ligne de conduite devient toujours la même, aussitôt après un examen clinique soigneux ; l'étude du fond de l'œil, la ponction lombaire, l'exploration ventriculographique pour serrer de plus près le diagnostic, s'imposent presque toujours. Muni de ces renseignements, le médecin est à même de décider le genre d'intervention opératoire, parfois immédiat.

Depuis déjà un certain nombre d'années, les faits se sont multipliés ; ils démontrent même que parfois la simple ponction lombaire a triomphé d'un état d'œdème cérébral ou d'hypertension intraeranienne, et même souvent de syndromes hallucinatoires avec ou sans céphalée et tendances amaurotiques. L'état de la papille indique la gravité du cas ou l'urgence en vue d'une intervention.

Bien souvent, ces interventions préparatoires conduites avec prudence incitent à recourir à la craniectomie décompressive ou plutôt à la trépanation et à des trépano-ponctions qui permettent de découvrir — grâce au large volet créé et précisant l'état des méninges et de la corticalité cérébrale — les foyers de méningites ou d'arachnitis circonscrites ou diffuses, les kystes dans la région optochiasmatique, enfin les hémorragies sus- ou sous-durémériennes.

Dans ces cas, la libération des foyers pathologiques donne d'excellents résultats, ainsi que dans les méningites en plaque ou les méningiomes localisés.

Tels sont les cas dans lesquels les troubles mentaux peuvent orienter vers des interventions chirurgicales sérieusement discutées, le psychiatre averti. Mais nous ne nous dissimulons pas que nous sommes encore seulement à l'origine des traitements opératoires de certains états psychiques dont on est en droit d'obtenir des résultats satisfaisants. L'avenir nous fournira sans doute une documentation plus précise et, espérons-le, confirmera ces premières vues de l'esprit.

---

# PSYCHIATRIE ET CHIRURGIE

PAR

P. NAYRAC et R. VULLIEN (de Lille)

L'étude des relations entre chirurgie et psychiatrie amène à grouper les faits sous trois titres : chirurgie, neurochirurgie, psychochirurgie.

La chirurgie générale, et tout particulièrement la chirurgie abdominale, doivent intervenir lorsqu'on soupçonne une psychose d'être due à une affection chirurgicale. Le nombre des faits publiés est immense et le chirurgien est l'auxiliaire obligé du psychiatre dans un très grand nombre de cas. Nous n'insisterons pas beaucoup sur ce sujet, car nous ne pourrions qu'en dire trop ou pas assez. Ce qui domine, pour qui en a l'expérience, c'est que, dans la plupart des cas, les affections chirurgicales paraissent coexister avec les psychoses sans leur être liées par une relation de cause à effet. Combien d'affections gastriques, appendiculaires, utérines, ovariennes, salpingiennes ont été diagnostiquées, opérées et guéries chez des malades mentaux sans que l'état psychique ait paru être modifié. Il faut se méfier de généraliser trop vite et ne pas établir une liaison étiologique systématique entre telle psychose et telle affection chirurgicale en partant d'une statistique restreinte. Les chirurgiens commettent quelquefois cette erreur, oubliant que précisément ils ne voient que les malades qui relèvent de leur compétence.

La règle à adopter nous semble être la suivante : si l'examen clinique révèle chez un psychopathe une lésion viscérale, normalement justiciable de la chirurgie, il faut opérer ce sujet, exactement comme s'il était sain d'esprit, mais il ne faut opérer que ces sujets, ne pas pratiquer sans raison chirurgicale suffisante des

appendicectomies systématiques et, *a fortiori*, des ovariectomies ou des thyroïdectomies.

Nous n'insisterons pas sur ces faits parce que ce serait long (ils sont nombreux) et inutile (il sont bien connus).



Beaucoup plus intéressantes sont les voies que nous ouvrent les progrès de la chirurgie intracrânienne. Des résultats importants sont déjà à relever. Ils ne constituent, à coup sûr, qu'un mince début et sont certainement appelés, dans un très court délai, à voir leurs indications se multiplier. Aussi nous étendrons-nous un peu plus longuement sur eux.

La chirurgie intracrânienne peut intervenir dans le traitement des psychoses en partant de deux conceptions pathologiques différentes. En premier lieu, le trouble mental peut n'être que le symptôme d'une lésion chirurgicale du cerveau, d'une tumeur par exemple, au même titre qu'une hémiplégie ou qu'une hémianopsie. En intervenant sur la lésion, on améliore ou on guérit le symptôme. Il s'agit donc là d'un cas particulier de la neurochirurgie. C'est la neurochirurgie des troubles mentaux.

Mais d'autre part, on peut partir de cette idée que les réactions psychiques d'un sujet sont étroitement fonction de la structure physique de son cerveau. On peut espérer, en supprimant tel système, modifier en tel sens l'état mental du sujet. Ainsi, on peut concevoir une chirurgie qui s'adresserait non plus à une lésion cause du trouble mental, mais bien qui essaierait de remanier l'anatomie cérébrale pour modeler l'état mental du malade. C'est à cette chirurgie que nous proposons de réserver le terme de psychochirurgie.

Nous considérerons donc successivement la neurochirurgie des troubles mentaux et leur psychochirurgie.



Le plus solide fondement de la neurochirurgie des syndromes mentaux est constitué par celle des tumeurs cérébrales fautrices de troubles mentaux. Nous n'insisterons pas sur ce point, les faits sont déjà nombreux, bien connus, classiques.

En revanche, depuis quelques années, se fait jour la notion que des troubles mentaux peuvent être le résultat de lésions accessi-

bles au traitement chirurgical et autres que des tumeurs. Puech a, sur ce sujet, présenté des faits du plus haut intérêt.

Et d'abord, dans les formes mentales de l'épilepsie, on peut intervenir en réséquant la zone épileptogène. Ni la clinique, ni même l'aspect macroscopique du cortex cérébral ne permettent de localiser avec précision cette zone. Seules des méthodes de laboratoire permettent d'y arriver ; par exemple l'encéphalographie par voie lombaire, ou la ventriculographie par voie occipitale, qui donneront (surtout dans les épilepsies d'origine traumatique) au moins une indication de côté. Beaucoup plus précis encore sera, dans les cas favorables, l'examen électro-encéphalographique.

L'électro-encéphalogramme dans l'épilepsie est en effet souvent caractéristique. Il est impossible de prendre un tracé au cours de la crise de grand mal, mais on sait qu'elle est immédiatement précédée par de grandes oscillations de 30 H et 1.000  $\mu$  V. Dans les atteintes de petit mal, c'est-à-dire dans les crises où tout se borne à une perte de connaissance avec phénomènes moteurs nuls ou très réduits, on voit s'installer brusquement le rythme de 3, c'est-à-dire des oscillations de 3 à 6 H, de 3 à 400  $\mu$  V, mais dont l'aspect morphologique surtout est caractéristique, constitué qu'il est d'une onde lente suivie d'une pointe rapide : « Wave and spike » disent les Anglo-Saxons. A la fin de la crise les « Wave and spike » cessent brusquement et on voit se réinstaller le rythme  $\alpha$  du cerveau normal au repos, de 9 à 13 H, et de 25 à 125  $\mu$  V.

Jaspar et Hawke, par l'électro-encéphalogramme simultané de plusieurs zones, ont montré qu'il est souvent possible de déterminer le foyer d'origine de l'épilepsie ; le rythme anormal y apparaît avant de se propager au reste de l'écorce et des attaques s'y produisent alors que le reste de l'écorce garde un rythme normal. Entre deux points distincts du foyer, les oscillations sont décalées, le tracé le plus éloigné du foyer étant en retard sur le plus rapproché.

L'électro-encéphalographie délimite surtout une zone mais non pas exactement le point intéressé. L'ultime précision sera apportée par l'excitation électrique directe du cortex cérébral en cours d'opération. On peut ainsi déterminer une aire, souvent très petite, souvent différente de ce que faisaient prévoir les faits cliniques, souvent distincte des lésions macroscopiques cicatricielles ou autres et dont l'excitation électrique directe déclenche une crise épileptique, dont l'exérèse guérit les manifestations comitiales. Cela nécessite, naturellement, le concours constant d'un électrologiste.

Outre cette thérapeutique radicale par l'exérèse de tumeurs ou



de lésions, des opérations palliatives peuvent être effectuées. Par exemple, des ponctions ventriculaires répétées, dans certains cas de paroxysmes confusionnels apparentés à l'état de mal et s'accompagnant de surtension ventriculaire. S'il existe une méningite séreuse, la décompression amènera la guérison.

Les méningites séreuses paraissent d'ailleurs avoir une très grande importance en psychiatrie, car elles peuvent ne pas donner le tableau de pseudotumeur cérébrale qui, le plus souvent, est le principal de leur symptomatologie. Puech rapporte, par exemple, le cas d'une méningite séreuse post-traumatique de la fosse postérieure, dont le tableau clinique était celui d'une démence précoce banale et qui ne fut opérée avec succès qu'après 10 ans de placement. Ces méningites séreuses peuvent aussi être d'origine infectieuse, consécutives à des méningites ou à des méningo-encéphalites. Elles constituent des poches localisées ou des nappes diffuses de liquide séreux, parfois très abondant, parfaitement visible à l'intervention. On peut pratiquer leur ponction, leur libération, leur mise à plat, et ainsi le cortex sous-jacent reprend son volume, sa coloration et ses battements. Il est remarquable que l'anatomie pathologique de ces lésions est surtout faite de constatations neuro-chirurgicales *in vivo* ; après la mort, ces collections liquides se résorbent vite et on ne trouve à l'autopsie qu'un cerveau d'aspect normal.

On voit donc que l'aspect clinique de la psychose ne permet, en aucun cas, d'éliminer l'opportunité d'une intervention neuro-chirurgicale, même si l'examen neurologique est absolument négatif. Il y aurait donc lieu, surtout dans les psychoses chroniques, dans les syndromes démentiels précoces par exemple, de rechercher systématiquement une lésion chirurgicale et de mettre en œuvre les méthodes radiologiques ou électrologiques capables de la dépister.

Quelquefois on obtiendra un effet thérapeutique par ces seules méthodes : c'est ainsi que Puech signale qu'il a pu constater, lors de la ventriculographie par voie occipitale, une soustension ventriculaire qui paraît avoir été responsable des troubles mentaux, puisque le regonflage des ventricules au liquide de Ringer les fit disparaître. Il est vrai que la simple pratique de l'encéphalographie par l'introduction d'air dans les ventricules cérébraux crée une irritation des centres nerveux et en particulier du plancher du troisième ventricule, irritation qui peut amener le déclenchement d'une évolution favorable. On a vu ainsi des syndromes psycho-endocriniens s'améliorer, vraisemblablement parce que l'irritation a exercé un effet indirect sur l'hypophyse.

C'est là une des difficultés de l'interprétation théorique du mode d'action de la neurochirurgie. Dans quelle mesure le principal résultat des interventions n'est-il pas de créer une modification traumatique des réactions des centres nerveux ? C'est un fait bien connu de tous que dans l'épilepsie par exemple, même dans l'épilepsie dite essentielle, toute intervention quelle qu'elle soit améliore le malade pour un temps plus ou moins long. Il ne s'agit évidemment là que d'une irritation cérébrale dont l'effet est favorable. Dans une lettre personnelle, Guillaume dit à l'un de nous qu'il pense que c'est le plus souvent par choc qu'agissent les interventions.

On voit que la neurochirurgie des troubles mentaux ouvre des voies d'un puissant intérêt et il nous paraît certain que son avenir est brillant. Mais nous y sommes encore en plein empirisme et c'est seulement quand seront mieux connus les mécanismes physiologiques et physiopathologiques des réactions cérébrales que la neurochirurgie des psychoses pourra agir méthodiquement et à coup sûr.

Enfin, on ne peut qu'être frappé de la nécessité en pareille matière d'un travail d'équipe et d'une organisation matérielle importante. Psychiatre, neurologue, neurochirurgien, radiologiste, électrologue, le médecin ne peut à lui seul remplir tous ces rôles. Il ne peut suppléer par ses seules forces à l'absence des appareils modernes d'investigation physique. Il lui faut un personnel, personnel de salle de traitement, personnel de laboratoire, personnel de salle d'opération. Sauf dans quelques rares établissements privilégiés, le rudiment d'une pareille organisation n'existe même pas. Ce n'est pas l'aspect le moins pénible des lacunes de l'assistance psychiatrique.



Les travaux d'Egas-Moniz marquent une nouvelle étape sur la voie de la thérapeutique chirurgicale des syndromes mentaux ; avec eux la psychochirurgie se dégage de la neurochirurgie. Il ne s'agit plus d'enlever une tumeur cérébrale ou d'exciser une plaque de sclérose pour améliorer d'une façon en somme indirecte des symptômes psychopathiques insérés dans un tableau neurologique dans son essence ; c'est au tissu cérébral lui-même que le psychochirurgien s'attaque, au tissu cérébral apparemment sain ; c'est à la dilacération des fibres nerveuses conductrices des associations d'idées vicieuses et à la destruction secondaire des neuro-

nes qu'il va demander la guérison des états mentaux pathologiques.

Si actuellement on n'est pas encore sorti de la période des tâtonnements, des tentatives plus ou moins heureuses, on n'en doit pas moins louer le neurologiste qui a su oser et a joué le rôle ingrat du précurseur.

On connaît l'hypothèse de travail qui a guidé les premières tentatives d'Egas Moniz ; elle est tout entière basée sur notre connaissance actuelle du lobe préfrontal et de son rôle pour le moins supposé dans la genèse de la pensée.

A vrai dire, nos notions en cette matière sont encore fort incomplètes ; et ce n'est que par une suite d'inductions assez hardies qu'on peut voir dans les lobes préfrontaux cette espèce de station centrale, dont parle l'auteur « où la presque totalité des fibres de liaison du système nerveux vont directement ou indirectement aboutir ». Si l'accroissement volumétrique et pondéral du lobe dans l'espèce humaine, son développement embryologique tardif, l'importance et le nombre des grands faisceaux d'association qui convergent vers lui, constituent autant d'arguments positifs de valeur, il n'en est pas moins vrai que les investigations cliniques n'ont guère confirmé les présomptions des anatomistes.

Les blessés du lobe frontal n'accusent bien souvent qu'un banal syndrome des traumatisés crâniens ; quant aux tumeurs, elles ont donné lieu à des descriptions symptomatiques tellement variées qu'il est impossible, comme l'a fait remarquer H. Claude, d'en faire une synthèse régulière. Au surplus, la classique suppléance d'un lobe par l'autre entraîne des régressions gênantes pour l'observateur soucieux d'exactitude et des cas de tumeur bilatérale, comme celui de R. Brickner, sont encore trop rares pour permettre des conclusions précises.

Il n'est pas jusqu'à la bénignité bien connue des atteintes traumatiques ou chirurgicales des lobes préfrontaux qui, si tentante qu'elle soit pour l'expérimentateur, ne milite guère en faveur d'une réelle importance de cette zone dans le mécanisme de la pensée.

Quoi qu'il en soit, Egas Moniz, raisonnant en organiciste intégral, ne voit à l'origine des phénomènes psychiques que des excitations cellulaires et des combinaisons associatives par la voie des connexions des cellules entre elles ; à la base de la vie mentale il n'y a que « des groupements cellulo-connectifs très vastes, de composition variable, rapidement formés et rapidement transformés en nouvelles et successives compositions ».

La plupart des maladies mentales (si l'on excepte les grandes

démences en rapport avec une destruction cellulaire, donc incurables par définition), exactement toutes celles qui répondent au type psychofonctionnel de Bumke, *doivent* correspondre à des arrangements cellulo-connectifs vicieux qui, en acquérant une certaine prépondérance et en devenant hypersensibles au moindre stimulus, se sont peu à peu fixés.

Et la conséquence de cette théorie, c'est que, pour obtenir la guérison de ces maladies, il faut s'attacher à détruire les arrangements cellulo-connectifs importuns et tout particulièrement ceux qui se rattachent aux lobes frontaux.

La *technique opératoire* est simple. Sous anesthésie à l'avertine, on pratique deux trous de trépan assez larges (un centimètre de diamètre) à droite et à gauche dans la région frontale à 3 centimètres de la ligne médiane et sur une ligne perpendiculaire à la médiane fronto-occipitale passant à 3 centimètres en avant du tragus. Après incision de la dure-mère, on introduit le leucotome (1) en pleine substance cérébrale à une profondeur de 3 à 4 centimètres en prenant soin d'éviter toute blessure de vaisseaux sanguins.

Le leucotome étant en place et l'anse dégagée, il suffit de faire tourner doucement l'instrument sur lui-même. L'anse participant au mouvement de rotation sectionne la substance blanche ; dont une petite masse sphéroïde se trouve ainsi complètement détachée.

On pratique de la sorte 2 ou 4 coupes de chaque côté (en direction antéro-interne et en direction antéro-externe).

Après quoi, il ne reste, après nettoyage au sérum chaud, qu'à suturer les parties molles en deux plans.

Une autre technique, chronologiquement antérieure mais à peu près abandonnée, vise à la destruction de la substance cérébrale par l'alcool. Au leucotome, on substitue le trocart de Th. de Martel à ponction ventriculaire et l'on injecte par sa lumière à l'intérieur de la masse cérébrale 0 cm<sup>3</sup> 2 d'alcool absolu. Les destructions doivent être en nombre assez important ; pour établir ce que l'auteur appelle la « barrière préfrontale », on n'en pratique pas moins de seize.

Le reflux fréquent d'une certaine quantité d'alcool est une gêne, non seulement pour la conduite de l'intervention, mais

(1) Le leucotome est une canule munie au voisinage de son extrémité inférieure d'une anse en fil d'acier ; cette anse, par une simple manœuvre de la poignée de l'instrument, peut à volonté être escamotée ou dégagée.

encore pour l'appréciation des résultats. Aussi ce mode opératoire n'est-il plus guère utilisé.

D'une façon générale, les suites de l'opération sont très bénignes ; au réveil les malades accusent de la céphalée ; ils sont quelque peu fiévreux ; mais ce sont là des manifestations fugaces, comme d'ailleurs la somnolence et les troubles pupillaires. Seuls des troubles sphinctériens, dus probablement à une inhibition des centres supérieurs, persistent parfois durant quelques semaines ; ce sont les seules séquelles physiques dignes de ce nom ; encore ne sont-elles pas de constatation très fréquente.

Les premières tentatives ont porté sur 20 malades très différents, mais tous choisis parmi des cas considérés comme difficilement curables : soit 11 mélancolies (dont un syndrome de Cotard), 3 manies et 7 cas de schizophrénie et de paraphrénie.

Parmi les mélancoliques, 6 étaient à l'âge de l'involution sénile, 3 évoluaient depuis plus de deux ans, 3 appartenaient à la catégorie des névroses d'angoisse particulièrement rebelles à toute thérapeutique.

Un des maniaques était troublé depuis plus d'une année ; chez un autre tout un délire de revendication se greffait sur l'état d'agitation psychomotrice ; chez le troisième, âgé de 61 ans, la manie se compliquait de symptômes paranoïdes et prenait de ce fait un tour spécialement inquiétant.

Quant aux schizophrènes et paraphrènes, ils avaient de toute évidence été choisis parmi les cas les plus typiques : schizophrénie catatonique, délire hallucinatoire chronique, délire à base d'interprétations, psychose paranoïde.

Les résultats furent assez variés : chez les mélancoliques on eompta 6 guérisons et 4 améliorations, les 3 maniaques fournirent un cas de guérison et un cas d'amélioration. Par contre les schizophrénies et les délires chroniques résistèrent au traitement puisque sur 7 cas entrepris, 2 seulement purent être considérés comme amendés du fait de la disparition de l'agitation psychomotrice concomitante.

Des tentatives ultérieures eurent des résultats un peu plus favorables : 3 guérisons et 2 améliorations pour 19 schizophrènes opérés.

La méthode d'Egas Moniz a été largement essayée en Amérique, notamment par W. Freeman ; en France, par contre, elle ne paraît avoir eu que peu d'adeptes. Ferdière a publié en janvier 1940 les résultats obtenus par la leucotomie préfrontale dans un cas de schizophrénie avec stupeur catatonique : disparition rapide de la



catatonie, mais persistance d'un état démentiel. L'observation, il est vrai, était de date toute récente.

Th. de Martel aurait été plus loin qu'Egas Moniz ; il aurait pratiqué l'ablation totale du lobe préfrontal et obtenu ainsi de bons résultats dans des cas dont on ne connaît malheureusement pas le diagnostic psychiatrique (1).

Si l'on s'en tient à ces diverses publications, on peut schématiser de la façon suivante les résultats de la leucotomie préfrontale.

Mélancolie	=	excellents
Manie	=	bons
Schizophrénie	=	mauvais
Délire chronique	=	

En somme, si vis-à-vis des états démentiels et délirants, la méthode s'est avérée à peu près inopérante, par contre elle a été nettement et presque constamment efficace pour le traitement de la manie et surtout de la mélancolie, quel que soit son type clinique.

C'est beaucoup et c'est peu.

C'est beaucoup, parce que les cas choisis furent toujours des cas graves, résistant à toutes les thérapeutiques ordinaires et tendant à la chronicité, parce que l'anxiété qui s'est avérée comme le symptôme le plus constamment, le plus régulièrement jugulé, est une complication particulièrement pénible, mettant souvent en jeu la vie des mélancoliques.

Mais c'est peu, si l'on considère que dans leur immense majorité les bons résultats obtenus ont trait à des syndromes théoriquement curables ; le moyen ici dépasse le but. Aucune raison ne peut justifier le recours à une intervention pénible, mutilante, quand il s'agit d'affections dont, quelle que soit l'ancienneté des troubles, on est toujours en droit d'escompter la guérison.

En fait, en visant la destruction des connexions cellulaires vicieuses, le psycho-chirurgical s'est fixé pour but de réduire les idées délirantes, d'amender les relâchements associatifs de la schizophrénie. C'est contre la démence précoce, contre les délires chroniques systématisés, dernières redoutes de l'incurabilité, qu'il a engagé la lutte.

(1) HARTENBERG. — Intervention à la Société Médico-psychologique, séance du 22 janvier 1940.

M. Guillaume, assistant de Th. de Martel, a bien voulu fournir à l'un de nous quelques renseignements sur ces interventions : « Nous avons réséqué un pôle frontal chez trois agités. L'amélioration fut temporaire. J'en ai revu un dernièrement, que j'ai hospitalisé dans mon service à la Salpêtrière ; véritablement rien d'intéressant n'est à noter quant à l'amélioration du syndrome psychique. »

Les résultats n'ont pas répondu à son attente : si des idées délirantes ont disparu, ce ne furent jamais que des idées mélancoliques secondaires greffées sur des troubles affectifs ; les délires systématisés des persécutés ne furent jamais entamés. Quant aux schizophrénies, de l'aveu même de l'auteur, « le pourcentage des malades qui peuvent guérir complètement par la leucotomie est petit ».

L'insuffisance des résultats a incité Egas Moniz à abandonner avec sa doctrine de « fixation fonctionnelle » l'hypothèse de travail qui avait présidé à ses premières tentatives et même à reconnaître que le mécanisme de l'action favorable de l'intervention restait tout à fait inconnu.

Ce mécanisme, certains, comme Sobral Cid et Guiraud, l'attribuent à la mise en œuvre immédiate des réactions défensives du cerveau blessé, y compris le réflexe inhibiteur mettant au repos la zone lésée. Plus simplement encore on peut penser que le choc engendré par l'acte opératoire n'est pas étranger aux bons résultats obtenus. Dans les observations publiées, il y a des analogies troublantes. La prédominance marquée des guérisons dans les cas de mélancolie et de manie, la précocité et l'instabilité de certaines améliorations, la boulimie des opérés au réveil ne sont pas sans rappeler les constatations faites couramment chez les malades soumis à la thérapeutique insulinique ou à l'électrochoc. Et même, si le choc n'intervient que partiellement dans la genèse des résultats, il serait utile de préciser l'importance de cette action, quand ce ne serait que pour obtenir à meilleur compte l'effet recherché et ne pas multiplier d'inutiles mutilations.

Toutes les critiques que l'on peut adresser à la méthode, Sobral Cid, particulièrement autorisé pour le faire, les a groupées dans son magistral exposé à la Société Médico-psychologique (1).

En bref, on reproche à la leucotomie préfrontale d'être une intervention aveugle et trop radicale.

La chirurgie réclame la certitude ; et cette condition n'est pas réalisée en l'espèce puisque nos connaissances sur les fonctions du lobe préfrontal sont encore marquées du signe de l'imprécision. On sait que ce lobe est un centre supérieur de réglementation du tonus musculaire, de l'orientation et de l'équilibre ; ce sont là des notions à peu près certaines aujourd'hui ; mais il est arbitraire d'en déduire qu'« il doit concentrer au moins la plus grande partie de l'activité des autres centres ».

(1) Société Médico-psychologique, séance du 26 juillet 1937.

Et si le lobe a vraiment dans le mécanisme de la pensée l'importance que certains présument, comment légitimer ces mutilations multiples et plus ou moins désordonnées d'une substance précieuse entre toutes ?

En fait d'ailleurs, chez les opérés, l'atteinte de la substance nerveuse s'est à peu près constamment manifestée par un trouble intellectuel ; ce trouble, au regard des symptômes tapageurs disparus, a pu paraître léger, anodin ; il n'est pas moins dangereusement significatif puisqu'il traduit un affaiblissement mental. On a parlé d'apathie, d'indifférence, de perte de la spontanéité, de perte de l'initiative motrice et idéatrice, de puérilisme ; et ce ne sont pas là des phénomènes accidentels ; ils sont tellement de règle que Sobral Cid n'hésite pas à mettre au compte de cet état général d'apathie acinésique les améliorations mentales consécutives à la leucotomie.

Comme il s'agit, théoriquement tout au moins, de cas graves, on est toujours en droit d'estimer que chez des parapréniques ou chez de grands anxieux dont l'activité psychique utile est réduite, une démence légère est préférable à la torture consciente des préoccupations morbides ; c'est une opinion qui peut avoir ses partisans, mais elle ne force pas le consentement unanime.

En mettant les choses au mieux, si le déficit intellectuel ne se manifeste pas immédiatement, le malade va rester très longtemps sous la menace d'une complication tardive ; on sait trop la fréquence et la ténacité de ces complications dont la plus simple, mais non peut-être la moins grave, est le banal syndrome subjectif des traumatisés crâniens avec ses troubles neuropsychiques aussi pénibles que désespérément rebelles à tout traitement.

Toutes ces menaces s'avèrent d'autant plus dangereuses que l'opérateur, en intervenant bilatéralement, s'interdit en principe le bénéfice des suppléances tardives susceptibles de rétablir une situation compromise. Egas Moniz a répondu d'avance à cette objection en faisant remarquer que les zones parfaitement homologues sont très rarement atteintes, il n'en reste pas moins qu'en multipliant les zones de destruction sur des points de repère invariables, il agit comme s'il recherchait précisément une destruction définitive, sans rémissions possibles.

En somme, l'heure de la psycho-chirurgie intégrale n'a pas encore sonné ; tout en louant Egas Moniz pour avoir osé le premier geste, il faut reconnaître que ses conceptions marquent une avance trop considérable, incompatible avec la situation actuelle de la psychiatrie.

La chirurgie est une science et la psychiatrie sur beaucoup de points est encore un art ; entre les deux le fossé n'est pas comblé. Pour opérer une schizophrénie ou un délire, comme on opère une appendicite ou une tumeur, il faudrait des notions anatomo-pathologiques exactes que nous sommes encore loin de posséder...

Bornons-nous donc, pour le moment, à garder le contact avec la neurochirurgie dans le domaine de laquelle il y a encore une ample moisson à glaner. Pour le reste, laissons aux chercheurs de laboratoires le soin d'accumuler les constatations, les découvertes, les certitudes pour ouvrir la voie sûre au psychochirur-gien de demain.

---

# UN SIÈCLE D'ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE EN FRANCE

PAR

G. DEMAY

Il ne saurait être question, dans les limites de cet exposé, de dresser le bilan complet de l'assistance psychiatrique en France pendant les cent années qui viennent de s'écouler. Nous nous bornerons à en tracer les grandes lignes, en considérant à la fois l'évolution des idées et les réalisations, et en négligeant certains points cependant importants. Nous serons amené, en passant, à souligner certaines lacunes et à marquer quelques préférences.

## Etablissements psychiatriques

Le livre de Parchappe : *Des principes à suivre dans la fondation et la construction des asiles*, paru en 1853, pose un certain nombre de règles qui seront reprises et développées par ses successeurs à l'Inspection générale des aliénés. Parchappe se prononce contre le trop grand nombre de malades dans le même établissement, contre la séparation des aigus et des chroniques, pour le travail agricole, pour les pensionnats annexés aux asiles. Renaudin dans ses *Commentaires médicaux-administratifs sur le service des aliénés* (1863), les Inspecteurs généraux Constans, Lunier et Dumesnil dans leur rapport de 1874 précisent les détails d'aménagement intérieur, œuvre poursuivie dans le rapport de 1911 par Faivre et Winter.

Paul Sérieux, après avoir visité divers établissements de France, d'Allemagne, de Suisse et d'Italie publie en 1903 son célèbre Rapport sur l'assistance des aliénés où il préconise le système pavillonnaire et la spécialisation des divers quartiers. Il fait édifier au Pensionnat de Ville-Evrard des pavillons de



traitement remarquablement conçus. S'inspirant des conceptions allemandes, il demande pour le département de la Seine : la création de services d'aigus ; la création d'un asile-hospice pour aliénés incurables et convalescents ; la création d'un asile-colonie pour épileptiques ; l'organisation d'un sanatorium pour les convalescents et les sujets atteints de maladies nerveuses, sanatorium annexé à un asile et non soumis aux dispositions de la loi de 1838.

Parmi les réalisations récentes, citons l'asile de Maison-Blanche, bâti sur les plans de Bourneville et où coexistent les deux types de constructions : le type classique de pavillons disposés parallèlement le long d'un axe, le type moderne de pavillons indépendants ; l'établissement psychothérapique de Fleury-les-Aubrais, du type pavillonnaire, à la construction duquel présida le Dr Rayneau. Un certain nombre d'établissements ont été construits ou reconstruits depuis la guerre de 1914-1918 : les hôpitaux psychiatriques de Bailleul, d'Armentières, de Lannemezan, de Ravenel, dont les plans sont dus au regretté Inspecteur général Julien Raynier. Celui-ci, dans son rapport de 1923 et dans deux ouvrages : *L'aliéné et les asiles d'aliénés*, en collaboration avec H. Beaudoin (1924) et *La construction et l'aménagement de l'hôpital psychiatrique*, en collaboration avec J. Lauzier (1935), s'est attaché à préciser les principes de technique hospitalière. Tout en restant très éclectique, il manifeste une prédilection pour l'asile par zones : zone médicale, administrative, industrielle, agricole. La zone médicale, la plus importante, se subdivise ainsi :

a) Partie hôpital, comportant service d'admission, d'observation, de traitement des psychoses aiguës, infirmerie, isolement des contagieux.

b) Partie hospice : pavillon de travailleurs, d'épileptiques aliénés, de chroniques à surveiller, de gâteux et d'affaiblis, d'agités.

c) Service de sûreté pour aliénés criminels, difficiles et pervers.

d) Partie libre, non soumise au régime légal de 1838, hospitalisation d'épileptiques non aliénés, services d'enfants, service ouvert, dispensaire et consultation externe.

Cette conception est, avec quelques variantes, celle qu'a adoptée l'Association amicale des aliénistes (rapport d'Aubry, Hamel, Privat de Fortuné et Arsimoles, décembre 1930). Elle s'oppose à la conception, surtout réalisée à l'étranger, qui répartit les malades dans des établissements distincts : hôpital urbain pour les

aigus, hospice pour les chroniques, colonie agricole pour les travailleurs. Nous ne pouvons discuter ici les avantages et les inconvénients de ces deux formules. Disons simplement que la première comporte des avantages certains, aussi bien dans l'ordre financier que dans le domaine médical.

Depuis 1937, le terme traditionnel « asile d'aliénés » a fait place à celui d'hôpital psychiatrique.

#### PERSONNEL MÉDICAL

*Médecins.* — Médecins en chef et adjoints furent d'abord nommés au choix par le Ministre de l'Intérieur sur proposition des Préfets. L'arrêté du 18 juillet 1888 institua un concours d'admission aux emplois de médecin-adjoint des asiles, concours d'abord régional puis unique. L'institution de l'adjuvat, vivement critiquée par Marandon de Montyel et par Sérieux, qui considéraient le médecin-adjoint comme un rouage inutile et même nuisible, fut supprimée le 3 janvier 1922. Depuis cette époque, il n'existe qu'une seule catégorie de médecins des asiles : les médecins-chefs de service. Les médecins des asiles de la Seine sont recrutés depuis le 12 décembre 1907 par un concours spécial, d'abord concours sur épreuves, et, depuis 1937, concours sur titres.

Les médecins des Asiles, actuellement « médecins des hôpitaux psychiatriques », tout en étant nommés par le Ministre, dépendent en fait des collectivités propriétaires des établissements. Ils demandent à passer dans le cadre des fonctionnaires de l'Etat, quel que soit l'établissement auquel ils sont affectés : asile départemental, quartier d'hospice, asile privé faisant fonction d'asile public, établissement situé dans une colonie.

*Rapports entre les services médicaux et administratifs.* — En France, les établissements psychiatriques sont soumis à deux régimes différents : direction médicale et direction administrative ; dans le premier cas il s'agit de médecins du cadre, alors que le recrutement des directeurs administratifs n'est soumis à aucune règle précise. On sait qu'à l'étranger seule existe la direction médicale, conception française soutenue par Ferrus, par Brierre de Boismont, par Falret dont on a souvent cité la formule : « Dans un asile d'aliénés, j'ai beau chercher les fonctions d'un Directeur et celles d'un Médecin, je ne trouve que celles du Médecin. »

Dans leur rapport sur la Direction médicale des Asiles présenté en 1910 à l'Assemblée générale de l'Amicale des aliénistes,

Dezwarte et Lalanne se demandent pourquoi, si l'institution des Directeurs administratifs était bonne, la rencontrerait-on uniquement dans quelques asiles français et dans aucun des asiles d'Europe et d'Amérique, qui n'ont cependant rien à envier aux nôtres. Autre remarque : les conflits sont fréquents entre médecins en chef et directeurs administratifs. Et l'Administration centrale dans ses deux circulaires du 26 août 1929 et du 16 février 1942 a dû rappeler que directeur et médecin en chef se trouvent sur un pied d'absolue égalité.

Il est remarquable que le régime de la direction administrative ait été critiqué, non seulement par les médecins, mais aussi par des administrateurs. L'Inspecteur général Constans parle de « ce rouage encombrant, d'une utilité contestable » qu'est le directeur administratif. Haussmann, le célèbre Préfet de la Seine, s'est exprimé en ces termes (18 mars 1861) : « A mon sens, et quoique en qualité d'administrateur, je sois porté à accorder la prééminence à l'administration, ce n'est point le directeur qui doit dominer dans un asile, mais bien le médecin. C'est à la pensée médicale que tout doit être subordonné dans un établissement de ce genre. Le secrétaire, l'économe et leurs commis sont les auxiliaires des médecins. »

En 1883, la Commission ministérielle pour la réforme de la loi sur les aliénés adopte la résolution suivante : « L'administrateur est chargé, sous l'autorité du Préfet et sous le contrôle du service médical, de la direction de l'asile et de la gestion de ses biens et revenus. Le contrôle du service médical sur l'administration de l'asile s'exerce par un Comité de médecins-chefs de service, dont le Président est renouvelé chaque année. Le Comité correspond directement avec le Préfet par l'intermédiaire de son Président. »

C'est cette solution que préconise, pour les grands asiles, l'Association amicale des aliénistes, les autres établissements conservant à leur tête un médecin-directeur. MM. Dezwarte et Lalanne font remarquer qu'il s'agit d'appliquer aux asiles le système qui donne toute satisfaction dans les hôpitaux de l'armée et de la marine, celui des gestionnaires. Aussi bien, dans les asiles, ces gestionnaires existent déjà : ce sont les receveurs, les économes et les secrétaires. Il faudrait donner plus de relief à ces fonctions dont un concours pourrait assurer l'attribution à des hommes spécialisés qui seraient les collaborateurs administratifs des médecins en chef, comme le sont les officiers d'administration pour les médecins de l'armée.

*Nombre de malades par service médical.* — Esquirol, Ferrus, Falret estiment que la population d'un service médical ne doit pas dépasser 150 à 200 aliénés. Parchappe, Trélat, Marcé, Morel se prononcent contre les grands services, obstacles au traitement et à la guérison des malades. Delasiauve, en 1865, demande qu'on réduise des deux tiers la population des services d'aliénés. En 1861, l'Administration préfectorale de la Seine projette la création de services de 100 à 150 lits.

Cependant cette réforme ne fut pas réalisée et, vingt ans plus tard, Marandon de Montyel, Vallon protestaient contre les services de 600 et de 800 malades. P. Sérieux, en 1903, citait des services de 1.000 et de 1.500 malades. Il ajoutait que plus encore que le chiffre de la population, c'est le nombre des admissions qui doit être pris en considération pour apprécier l'activité d'un service. L'enquête faite par l'Inspection générale en 1910 et portant sur 54 asiles montrait qu'à côté des services de 200 à 300 malades, il en était d'autres atteignant les chiffres que nous venons de citer. L'enquête plus récente de Desruelles et Lauzier (1931), portant sur 147 asiles publics, signalait un service de 900 à 1.000 malades, quatre de 800 à 900, sept de 700 à 800, quinze de 600 à 700, vingt-deux de 500 à 600, trente-sept de 400 à 500, trente de 300 à 400 et trente et un de moins de 300 malades. Et la situation est encore plus grave dans certains asiles privés et certains quartiers d'hospice.

Cette situation a provoqué non seulement l'intervention de l'Inspection générale, mais aussi celle du Conseil supérieur de l'Assistance publique qui, sur rapport de Bourneville, a proposé que le chiffre maximum des malades confiés à un seul médecin ne dépasse pas 400, à la condition que le chiffre des entrées annuelles ne s'élève pas au-dessus de 200. Cette formule a obtenu l'adhésion de l'Association amicale des aliénistes. Mais ce n'est qu'à une époque toute récente qu'elle a été insérée, partiellement d'ailleurs, dans un texte réglementaire, en l'espèce le règlement modèle du service intérieur des hôpitaux psychiatriques (5 février 1938) qui contient la disposition suivante (article 71) : « Chaque service médical ne doit pas dépasser 400 malades, sauf exception spécialement autorisée par le Ministre. » Ce chiffre de 400 malades implique nécessairement une proportion importante de chroniques. Cette réforme, si elle loin d'avoir été partout réalisée, a toutefois subi un commencement d'exécution par la création d'un certain nombre de postes médicaux dans les hôpitaux psychiatriques. On peut espérer que ce mouvement se poursuivra.

*Internes.* — Le système de l'internat des établissements psychiatriques a été très critiqué. Déjà Girard de Cailleux, Delasiauve, Lunier faisaient entendre d'amères doléances. Mais c'est surtout Sérieux, qui, dans son rapport de 1903, s'est élevé avec le plus de vivacité contre l'organisation de l'internat. Il a surtout en vue le manque de stabilité, la scolarité insuffisante. Il propose la création d'un corps d'assistants, recrutés parmi les docteurs en médecine ayant accompli deux ans d'internat. Chaque service d'aliénés comprendrait : un médecin-chef, un assistant et un interne.

La conception de Sérieux n'a pas entraîné la conviction de la plupart des médecins des asiles. On a fait remarquer que les médecins-assistants feraient double emploi avec les médecins-adjoints, si critiqués par Sérieux lui-même. Comme l'adjuvat a été supprimé en 1922, créer des assistants serait en fait rétablir les médecins-adjoints et par suite tous les abus attachés à cette institution.

En réalité, la question de l'internat se pose de la façon suivante :

Dans les asiles situés à proximité d'un Centre universitaire, le recrutement est assuré par un concours, à l'exemple de ce qui se passe dans les asiles de la Seine depuis 1880. Le règlement de ce dernier concours peut servir de modèle : les internes ayant accompli leur stage hospitalier, ou docteurs en médecine, sont à même de se consacrer entièrement à leurs fonctions.

Les asiles éloignés des Facultés et des Ecoles de Médecine ont souvent de grandes difficultés pour recruter des internes. L'Association amicale des aliénistes, l'Inspection générale des services administratifs se sont trouvés d'accord pour préconiser la création de concours régionaux. Il y aurait autant de concours que de Facultés ou Ecoles de Médecine. Jusqu'à présent, cette suggestion n'a guère été suivie d'effet, à part un essai tenté dans la région de l'Est pour le recrutement par un concours commun des internes de Maréville et de St-Yllie.

Il nous paraît que la question du recrutement des internes est intimement liée au relèvement de la situation morale et matérielle du médecin d'asile. Si celle-ci peut atteindre un jour le niveau qui existe à l'étranger, la carrière de médecin aliéniste tentera un plus grand nombre d'étudiants en médecine ; ceux-ci seront tout naturellement amenés à solliciter des postes d'internes, étape nécessaire de la préparation au concours du médecin. Supposons en outre que, dans la réforme projetée des études



médicales, une place soit faite, comme l'ont proposé d'excellents esprits, à l'internat obligatoire imposé en fin d'études à tous les étudiants en médecine : pourquoi les hôpitaux psychiatriques ne figureraient-ils pas parmi les établissements désignés pour l'accomplissement de ce stage ?

*Personnel secondaire.* — L'instabilité et l'insuffisance des connaissances professionnelles du personnel infirmier (dues pour la plus grande part à des conditions d'existence des plus médiocres) ont longtemps pesé sur l'organisation médicale des établissements psychiatriques et motivé les doléances des médecins et des administrateurs. On peut dire que pendant la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, il y eut à cet égard stagnation complète. Puis se développa tout un programme de réformes : vœu du Congrès des aliénistes et neurologistes (Limoges 1901), réclamant la création d'écoles d'infirmiers, suivi de la circulaire ministérielle du 28 octobre 1902 qui recommandait officiellement cette mesure ; vœu de l'Association amicale des aliénistes (Nantes 1909) demandant l'augmentation des salaires, l'assurance de la vieillesse, la distinction complète du service de jour et de nuit ; rapport de l'Inspection générale, 1911 (Faivre) et 1923 (Raynier) insistant sur la nécessité de réaliser l'amélioration de la situation matérielle, d'adopter des règles relatives au choix des candidats, de créer l'enseignement professionnel ; projet de statut élaboré en 1920 par le Conseil supérieur de l'Assistance publique. Enfin, parmi les travaux récents, thèse de Daumézon (1935) sur la situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés et rapport de Schützenberger (1936) sur l'Instruction professionnelle du personnel secondaire des asiles.

Le relèvement des salaires, l'externement, la création de services de veille, l'institution de la journée de huit heures, ont notablement amélioré la situation matérielle du personnel infirmier et relevé par suite son niveau intellectuel et moral.

Quant à l'Instruction professionnelle, la première réalisation remonte à 1882, date à laquelle des cours furent ouverts à Sainte-Anne. Ils furent réorganisés en 1907, conformément à un programme établi par la Société médicale des asiles de la Seine. Ainsi furent créés l'Ecole départementale et le diplôme d'infirmier et d'infirmière des asiles de la Seine. Cet exemple fut suivi par un certain nombre d'asiles de province où un enseignement local fut organisé par les médecins.

L'arrêté du 26 mai 1930 a réglementé l'enseignement professionnel du personnel infirmier des asiles d'aliénés, mais il ne

prévoit que la préparation au diplôme d'Etat. La durée d'études est fixée à 36 mois pouvant être répartis sur une période de cinq années. Ce programme a été judicieusement critiqué par Schützenberger qui fait remarquer qu'il n'est pas adapté à l'état actuel du personnel des asiles de province ; celui-ci ne possède pas l'instruction générale qui lui permettrait d'assimiler les matières enseignées. Schützenberger propose un enseignement à plusieurs échelons, conférant des diplômes successifs, répondant chacun à un but précis. L'enseignement élémentaire ou du premier degré, théorique et pratique, comportant un stage, serait obligatoire pour tous les infirmiers et infirmières et même pour tous les employés de l'asile. Durée d'études : un an. Nul ne pourrait être titularisé sans avoir satisfait à l'examen. L'enseignement du deuxième degré conférerait un certificat ou brevet supérieur d'infirmier, nul ne pouvant être promu à un grade s'il n'a obtenu ce certificat ; ces infirmiers bénéficieraient en outre d'une indemnité. Enfin le diplôme d'Etat viendrait couronner et terminer le cycle de l'éducation professionnelle de l'infirmier. Ce programme a été adopté par l'Association amicale des aliénistes en mai 1936.

Un statut-type du personnel secondaire des asiles d'aliénés a été élaboré par les soins du Ministère de la Santé publique le 13 novembre 1936. Parmi les dispositions qu'il contient, citons : l'affectation d'un infirmier en service pour dix malades dans les quartiers spéciaux (admission, observation, infirmerie, gâteux, agités) et au moins un infirmier en service pour quinze malades dans les services de tranquilles et de travailleurs ; la nécessité d'un stage d'un an avant titularisation ; l'obligation de l'enseignement professionnel.

Actuellement, les services du Secrétariat d'Etat à la Santé procèdent à la refonte de ce statut. Le nouveau texte sera vraisemblablement soumis à l'examen du Conseil supérieur de l'Assistance.

#### MODES D'HOSPITALISATION

*Services ouverts.* — Pendant la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, les modes de placement prévus par la loi du 30 juin 1838 ne sont pas discutés. Puis se développe en faveur de l'hospitalisation libre un mouvement d'opinion dans lequel M. Toulouse a joué un rôle de premier plan. En 1899, il demande, pour les psychopathes, des quartiers spéciaux d'observation et de convalescence, et il fait adopter un vœu en ce sens par le Congrès international de psychiatrie de 1900. Plusieurs médecins des hôpitaux, Dupré, Gilbert-Ballet, Claude, réservent dans leur service

quelques lits pour les délirants aigus. En 1909, M. Rayneau à Fleury-les-Aubrais, en 1912, le professeur Raviart à Esquermes, organisent des services libres. Enfin M. Toulouse crée en 1920 la Ligue d'hygiène mentale et après plusieurs années d'efforts tenaces, il obtient l'ouverture, en 1922, du Centre de prophylaxie et d'hygiène mentale de la Seine qui comprend : un hôpital psychiatrique avec service ouvert d'observation et de traitement, un institut de recherches, des laboratoires, un dispensaire avec consultations externes, un service social. Depuis cette époque, des services ouverts, fonctionnant sous le régime de la loi de 1893, ont été annexés à quelques hôpitaux psychiatriques de province.

Pour M. Toulouse, tous les malades mentaux doivent être soignés sans internement, à l'exception des malades dangereux. Cette conception a encore été élargie par M. Heuyer. Celui-ci estime que les malades mentaux ne peuvent recevoir des soins suffisants dans les hôpitaux psychiatriques. Le véritable service libre doit être placé dans le cadre de l'hôpital général. Les malades mentaux sont des malades comme les autres, ils doivent être soignés par les mêmes procédés que ceux qui sont employés en médecine générale. Au médecin d'asile sont réservés, après une observation en dehors de l'hôpital psychiatrique, les seuls aliénés placés d'office, c'est-à-dire les malades protestataires et dangereux, ainsi que les aliénés judiciaires. Dans la grande majorité des cas, l'internement volontaire est inutile. L'hôpital psychiatrique redevient ainsi une garderie, ce qu'il n'a jamais cessé d'être selon M. Heuyer.

Gilbert-Ballet, et après lui MM. Toulouse et Heuyer estiment que le nombre des malades protestataires ou dangereux est très peu élevé. Cette proportion doit être renversée. En réalité, la plupart des malades mentaux doivent être maintenus en traitement malgré leur volonté, aussi bien pendant la période aiguë que pendant la convalescence. Tels sont beaucoup de maniaques, de mélancoliques, de confus. Les traiter dans un service ouvert c'est les y conserver malgré eux et cela pendant un laps de temps prolongé. C'est un véritable internement de fait, avec cette aggravation que le malade ne bénéficie pas, tant pour sa personne que pour ses biens, des garanties que lui offre la loi de 1838.

A la doctrine extrémiste de MM. Toulouse et Heuyer s'oppose une conception réaliste des services ouverts qui est celle de l'Inspecteur général Raynier, des médecins des hôpitaux psychiatriques et de maîtres éminents comme les Professeurs Claude, Raviart et Lépine. Ceux-ci estiment que les services

libres ne conviennent pas indistinctement à tous les malades atteints de psychoses aiguës. Une sélection rigoureuse doit intervenir à l'entrée ; seuls doivent être admis les malades atteints de troubles légers et rapidement curables : psychoses fébriles d'origine infectieuse ou toxique, dépression, anxiété et confusion mineures, psychasthénie, états névropathiques, psychoses réactionnelles. De tels services, qui doivent rester rigoureusement libres, sans moyens de contrainte, peuvent être organisés dans les hôpitaux de médecine générale, mais il y a un intérêt évident à les annexer à l'hôpital psychiatrique : du fait de la variabilité très grande des réactions des psychopathes, il faut, en effet, prévoir de fréquents passages du service libre dans le service fermé et inversement. Ce principe a été approuvé par l'Administration centrale. Dans sa circulaire du 13 octobre 1937 sur l'organisation de l'assistance aux malades mentaux dans le cadre départemental, le Ministre de la Santé publique, M. Marc Rucart, note que, le plus souvent, c'est à proximité de l'hôpital psychiatrique qu'il importe de placer le pavillon libre d'observation et de traitement.

La création de vastes services psychiatriques auprès des services de médecine générale des hôpitaux est une utopie. Elle se heurte à des obstacles techniques et financiers insurmontables. Elle constitue, au surplus, une régression, puisque l'évolution de l'assistance aux aliénés a consisté à enlever cette catégorie de malades aux hôpitaux et hospices et à les placer dans des établissements spécialisés. Elle repose sur un postulat erroné : les aliénés sont des malades comme les autres, postulat dont a fait justice un des maîtres incontestés de la psychiatrie française, Séglas, en des termes qu'il n'est pas inutile de rappeler : « Il n'est pas exact de dire — ainsi que cela se répète trop souvent — que l'aliéné, ou plus simplement qu'un malade atteint de troubles psychiques soit un malade « comme les autres ». Malade, il l'est sans aucun doute dans son individualité psychosomatique, mais il l'est encore au point de vue de sa personnalité sociale. C'est là la particularité qui le sépare et le distingue de tous les autres. »

Au lieu d'éparpiller les efforts, il est légitime de les concentrer sur l'établissement spécialisé qui a fait ses preuves, et qui doit grouper tous les services se rattachant à l'assistance psychiatrique.

*Extension du placement volontaire.* — En fait, le problème capital, qui domine toute la question de l'assistance psychiatrique, c'est la nécessité d'une hospitalisation précoce et d'un traitement approprié, appliqués aux malades de toutes catégo-



ries atteints de troubles mentaux. A ce point de vue la solution apportée par la création des services ouverts est évidemment intéressante, mais c'est une solution partielle qui ne peut s'appliquer, comme nous venons de le voir, qu'à un nombre restreint de malades. On a donc été amené à étudier les moyens d'assouplir certaines dispositions de la loi de 1838 et de combler les lacunes que l'expérience a pu faire apparaître. Telle a été l'œuvre de l'Inspection générale des Services administratifs, en particulier du Dr Julien Raynier, et de l'Association amicale des médecins des asiles. Leurs efforts ont surtout porté sur l'utilisation systématique d'une disposition de la loi de 1838 qui était tombée en désuétude, le placement volontaire gratuit. Ces propositions ont été sanctionnées par une circulaire du 4 août 1930, signée de M. Désiré Ferry, donnant aux Préfets des directives sur le placement volontaire des indigents qui, précise le Ministre, peut être demandé par le malade lui-même (ce qui avait déjà été réalisé dans certains asiles, comme celui de La Charité-sur-Loire sur l'initiative du Dr Beaussart). Une nouvelle circulaire du 7 décembre 1938, due à M. Marc Rucart, déclare qu'il est indispensable de généraliser ce mode de placement et recommande, en outre, de favoriser la transformation du placement d'office en placement volontaire.

L'application de ces dispositions (qui d'ailleurs avait été réalisée dans quelques départements avant les recommandations officielles) a eu les plus heureuses conséquences. Le placement à l'asile des malades non dangereux se fait sans plus de formalités qu'à l'hôpital et peut donc être effectué très rapidement, d'où possibilité d'un traitement précoce. De même la sortie se fait sur simple avis médical. Somme toute, le malade placé volontairement se trouve dans les mêmes conditions que dans un service libre, et bénéficie en outre des garanties que lui donne la loi du 30 juin 1838 pour la protection de sa personne et de ses biens.

*Placement d'office direct.* — Quant aux malades placés d'office, leur mise en observation préalable dans les hôpitaux et hospices a été vivement critiquée, notamment par l'Inspecteur général Raynier. On a fait observer que dans beaucoup d'hôpitaux de province, ces malades se trouvent dans des conditions très défectueuses et restent sans surveillance et sans soins pendant un laps de temps souvent long avant leur envoi à l'hôpital psychiatrique. La circulaire du 7 décembre 1838 prescrit que le dépôt provisoire des aliénés dans les hôpitaux et hospices ne saurait excéder une durée de quatre jours ; elle invite les Commissions administratives à se préoccuper de l'aménagement des



locaux destinés à ces malades et de l'instruction du personnel affecté à ces locaux.

Le remède à cet état de choses paraît bien être l'envoi direct à l'hôpital psychiatrique. Il a été recommandé par la circulaire du 15 mai 1890 : ...« Le mieux sera toujours de diriger le malade dès l'abord sur l'asile spécial. Là seulement il peut trouver le personnel et le traitement appropriés à son état et les trouver au moment où il est le plus nécessaire qu'il les trouve, c'est-à-dire au début de sa maladie. » Aussi bien, l'article 19 de la loi de 1838 donne-t-il aux maires le pouvoir de prendre toutes mesures provisoires de placement. La mesure provisoire peut fort bien consister dans l'envoi direct à l'asile. C'est ce qui est réalisé dans nombre d'établissements : l'enquête de Desruelles et Lauzier a montré qu'en 1931 le placement direct était la règle dans 43 asiles publics.

On voit qu'en utilisant les possibilités offertes par la loi de 1838 et les autres lois d'assistance, on a réalisé une série de progrès qui ne sont pas négligeables : placement libre des psychopathes légers ; placement volontaire gratuit des malades indigents non dangereux ; placement d'office effectué directement à l'asile des malades à réactions antisociales.

*Assistance aux aliénés criminels.* — La loi de 1838 avait passé sous silence la question des aliénés criminels et cette lacune ne tarda pas à être soulignée. Deux points devaient être discutés : la mise en vigueur de dispositions législatives spéciales applicables à cette catégorie d'aliénés ; la création d'asiles de sûreté.

Sur le premier point, l'accord s'est fait sans difficultés, et il existe depuis longtemps un courant d'opinion en faveur de l'intervention de l'autorité judiciaire dans l'internement et la sortie des aliénés criminels. Des vœux en ce sens furent émis en 1878 par le Congrès de Médecine mentale, en 1882 par la Société Médico-psychologique, en 1904 par le Congrès des Aliénistes et Neurologistes, sans parler des nombreux travaux qui ont abouti à la même conclusion. Ces vœux attendent encore leur réalisation, en dépit des divers projets de révision de la loi de 1838, qui contiennent des dispositions concernant les aliénés criminels, et en dépit de l'exemple donné par la loi belge de défense sociale dont s'inspire la récente proposition de loi Lisbonne et Camboulives (1937). La seule mesure concernant les aliénés délinquants et criminels qui ait été prise en France est la création, en 1936, d'un service d'examen et d'observation psychiatriques dans les prisons de la Seine.

La question des établissements spéciaux pour les malades à

réactions dangereuses a suscité de nombreuses controverses. Sur la question de principe d'abord : est-il nécessaire de séparer ces sujets des aliénés ordinaires ? Brierre de Boismont, en 1846, se prononçait pour l'affirmative. Plus tard, J. Falret, Doutrebente, Parant, Olivier estiment inutile l'asile spécial, alors que Parchappe, Motet, P. Garnier, Colin, Sérieux, Dupré en sont partisans. Discussions sur les catégories de malades qui doivent être placés dans l'établissement ou les quartiers spéciaux : criminels devenus aliénés, aliénés devenus criminels, aliénés à réactions dangereuses, anormaux pervers. Discussions enfin sur le genre d'établissement souhaitable : quartiers d'aliénés annexés aux prisons ; quartiers spéciaux annexés aux asiles ; asiles de sûreté régionaux ou asile central d'Etat.

Actuellement, on se rallie généralement à la solution préconisée par Henri Colin, véritable animateur de l'assistance aux aliénés criminels et à qui nous devons une réalisation qui fait honneur à notre pays : le quartier de sûreté de Villejuif qui porte aujourd'hui, à juste titre, le nom de son fondateur. Henri Colin qui, antérieurement, en dépit des résistances de l'Administration, avait organisé le travail dans le quartier d'aliénés criminels annexé à la Maison centrale de Gaillon (ouvert en 1876 et supprimé en 1900), a définitivement établi les principes qui doivent présider à l'organisation d'un service spécial pour aliénés « difficiles » : quartiers différenciés selon l'état mental du sujet, et comprenant chacun un très petit nombre de malades ; ateliers multiples situés à l'intérieur même du service, où travaillent au maximum deux à trois malades, souvent un seul, sous la surveillance de chefs d'atelier qui sont en même temps des infirmiers diplômés ; rémunération du travail proportionnellement à l'effort déployé. Depuis 1933, le service Henri Colin comprend une section de femmes agencée selon les mêmes principes. L'expérience a montré les services rendus par cette organisation dont on s'est inspiré à l'étranger et notamment en Belgique.

*Assistance aux alcooliques.* — Ici encore nombreux travaux mais peu ou pas de réalisations. Cabanis et Esquirol demandaient déjà des hôpitaux spéciaux pour les alcooliques. Morel, dans son *Traité des maladies mentales*, se prononce pour l'isolement des buveurs d'habitude sans attendre le certificat confirmatif de la folie. A l'Académie de Médecine, en décembre 1871, Bergeron demande la création d'asiles analogues à ceux des Etats-Unis pour lutter contre l'alcoolisme. Cette question fut soumise à la Chambre des Députés par M. Desjardins en 1872. A la même époque, une communication de J. Falret provoque à

la Société Médico-psychologique une discussion sur la création d'asiles spéciaux pour alcooliques. Achille Foville et Billod se prononcent contre cette expérience. Th. Roussel insiste en 1886 pour que la question des asiles de traitement des buveurs soit inscrite au programme des travaux de la Commission d'enquête du Sénat sur la consommation de l'alcool en France. Citons enfin, en faveur de cette réforme, les travaux de Magnan, de Legrain, le vœu adopté au Congrès international de médecine mentale de 1889 sur la proposition de Motet et Vetault (mesures judiciaires et administratives contre les alcoolisés ; internement dans des maisons de traitement avec travail obligatoire) ainsi que le vœu analogue émis par le Conseil supérieur de l'assistance publique, et par le Congrès des aliénistes et neurologistes de 1894 ; le rapport de Sérieux sur l'organisation et le fonctionnement des asiles de buveurs de Suisse, d'Allemagne et d'Autriche (1896), les travaux de Roger Mignot.

Magnan et Legrain demandaient que sept asiles spéciaux soient créés en France pour le traitement des alcooliques, un pour le département de la Seine et six régionaux. On put croire que cette réforme allait être réalisée dans la Seine : dans sa séance du 6 juillet 1894, le Conseil général décidait la création d'un asile spécial d'alcooliques pouvant contenir 500 hommes. Mais cet établissement ne fut pas construit ; on se borna à organiser à l'asile de Ville-Evrard une section réservée aux alcooliques. Antérieurement, Marandon de Montyel (ainsi d'ailleurs que Magnan et Briand) avait pris l'initiative d'organiser dans son service un quartier avec ateliers pour les alcooliques, quartier où l'abstinence était obligatoire pour le personnel comme pour les malades.

A l'heure actuelle, les alcooliques internés, qu'ils soient confondus avec les autres malades ou placés à part, restent donc traités à l'hôpital psychiatrique et sont soumis aux dispositions de la loi du 30 juin 1838. Certes, des mesures législatives intéressantes ont été prises pendant la guerre de 1914-1918 et la guerre actuelle, mais elles concernent uniquement la prophylaxie (restriction de la consommation de l'alcool) et non l'assistance. Nous attendons toujours la loi qui permettra la séquestration des buveurs d'habitude et leur maintien pendant un temps déterminé par une Commission médico-judiciaire.

*Assistance aux épileptiques.* — Ce que nous venons de dire pour les alcooliques, nous pourrions le répéter pour les épileptiques. Aussi ne citerons-nous pas les travaux, enquêtes, rapports qui ont conclu à la nécessité d'établissements spéciaux pour cette

catégorie de malades. Disons simplement que si cette réforme a été réalisée à l'étranger, elle avait été, comme cela s'est produit souvent, réclamée et étudiée antérieurement en France. C'est ainsi que le baron Haussmann avait esquissé le plan d'un village-colonie pour 600 épileptiques qui, outre les travaux agricoles, auraient eu à leur disposition des ateliers pour tous les corps de métier. En 1879, sur l'initiative de Legrand du Saulle, appuyé par Delasiauve et Lunier, la Société Médico-psychologique émettait un vœu en faveur de l'assistance aux épileptiques. Ce vœu, repris par le Congrès des aliénistes (1891), est resté platonique. On s'est contenté d'organiser dans les asiles des quartiers spéciaux pour épileptiques ou, comme à Maison-Blanche, un service spécial comportant des aménagements intéressants, mais nous n'avons toujours pas l'asile-colonie, envisagé par Haussmann, et qui fournit la vraie solution du problème.

*Assistance aux enfants anormaux.* — Dans ce domaine, nous retrouvons des initiatives françaises. Il suffit de citer les noms d'Itard, élève de Pinel, de Seguin, dont le *Traitement moral des Idiots* paraît en 1846, de Bourneville surtout, qui organise à Bicêtre le traitement médico-pédagogique des arriérés et qui pose les principes universellement admis aujourd'hui. Mais, cette fois encore, les précurseurs ne sont pas suivis et les réalisations restent insuffisantes, pendant qu'à l'étranger se multiplient les établissements pour anormaux.

La loi du 15 avril 1909 a prévu la création de classes de perfectionnement annexées aux écoles publiques et d'écoles de perfectionnement pour enfants arriérés. Malheureusement, cette loi n'a pas un caractère obligatoire, et les collectivités, départements et communes, n'ont guère montré d'empressement à s'engager dans la voie qui leur était tracée.

L'insuffisance de la loi de 1909 a été vite constatée. Une série d'études a abouti à une véritable mise au point du problème de l'enfance déficiente. Au Conseil supérieur de l'Assistance publique, rapports de Roubinovitch, Paul Boncour (1926), Maurice Levêque (1932) ; au Parlement, projets de loi Strauss (1929), Cuminal (1930), Queuille (1931) ; surtout, projet de loi très complet de la Commission de l'enfance déficiente (1936-1937) qui s'inspire des directives formulées par M. Heuyer en d'importants travaux et qui s'applique à toutes les catégories d'enfants déficients.

Il n'existe actuellement en France qu'un petit nombre de classes de perfectionnement annexées aux écoles : 35 dans la Seine, 20 en province. Il en est de même pour les internats de perfec-

tionnement, comme l'Institut d'Asnières, pour débiles éducatibles fondé par Baguer en 1894 ; l'Institut départemental d'Yvetot, l'école Théophile-Roussel pour enfants présentant des troubles du caractère, l'internat-école de Chancepoix (Seine-et-Marne), les Centres de Doullon et de Villetteville fondés par les Frères St-Jean-de-Dieu, les Instituts médico-pédagogiques annexés aux hôpitaux psychiatriques (Perray-Vaucluse, Fleury-les-Aubrais, Armentières).

Dans ces dernières années, de nombreuses consultations de neuro-psychiatrie infantile ont été créées sous l'impulsion, notamment, du Comité national de l'enfance déficiente. La plus importante réalisation en cette matière est la Clinique de neuro-psychiatrie fondée à Paris en 1926 par le Dr Heuyer, avec le concours de l'Université et de la Société de Patronage de l'Enfance, et qui fonctionne à la fois comme Centre de dépistage et de traitement et comme Centre d'enseignement. Les médecins de ces services d'hygiène mentale sont unanimes à réclamer la création d'internats de perfectionnement du type Asnières pour les arriérés éducatibles, de centres de rééducation du type Théophile-Roussel pour les enfants instables, d'Instituts médico-pédagogiques, annexés aux asiles et fonctionnant comme services ouverts pour les arriérés inéducables.

L'assistance aux jeunes anormaux pervers et délinquants a donné lieu à quelques réalisations. Le Service social de l'Enfance en danger moral, fondé à Paris en 1923 par Mme Spitzer sur l'initiative de MM. Rollet et Aubry, sert de liaison, par l'intermédiaire d'assistantes sociales, entre les magistrats, les familles des enfants, les institutions publiques et privées. Des assistantes de police ont été créées d'abord à Paris en 1935, puis à Grenoble. Le décret-loi du 30 octobre 1935 et le décret du 6 mai 1936 ont orienté dans le sens médico-pédagogique l'éducation des pupilles de l'Assistance publique difficiles ou vicieux. Enfin la loi récente du 27 juillet 1942, relative à l'enfance délinquante, substitue des mesures de protection et de redressement aux mesures répressives et prévoit la création de centres d'observation et de rééducation professionnelle.

### **Assistance extra-asilaire**

Si cette question a pris de nos jours un grand développement, elle était depuis longtemps posée. C'est tout d'abord la situation des malades privés de ressources à leur sortie de l'asile qui fut envisagée.



## SOCIÉTÉS DE PATRONAGE

En 1841, J.-P. Falret et l'abbé Christophe, aumônier de la Salpêtrière, fondent l'Œuvre des Aliénés qui sortent convalescents des hospices de la Salpêtrière et de Bicêtre, œuvre qui fusionne quelques années plus tard avec le patronage créé par Baillarger en 1846. L'exemple des aliénistes parisiens est suivi en province par David Richard et Dagonet à Stephansfeld en 1842, puis en 1848 par la Société de patronage de sourds-muets et aveugles de Nancy, qui étend son action aux malades sortis de Maréville. Peu après, Foville préconise, sans grand succès, l'assistance à domicile. En 1876, l'Inspection générale souhaite la généralisation des Sociétés de patronage, suivie en 1889 par le Conseil supérieur de l'Assistance publique, sur rapport de Bourneville et par le Congrès des aliénistes et neurologistes de 1893 (rapport Doutrebente). Le 9 février 1892, une circulaire ministérielle invitait les Préfets à créer des Sociétés de patronage, et à établir une liaison entre les diverses Sociétés. En dépit de tous ces travaux et suggestions, rares sont les Sociétés qui peuvent fournir aux malades nécessiteux sortis des asiles une aide matérielle et favoriser leur réadaptation sociale.

La circulaire du 13 octobre 1937 incite de nouveau les Préfets à user de leur influence pour favoriser la création de Sociétés de patronage. Elle lie d'ailleurs avec raison cette question à celle, plus vaste, du service social. Envisagé sous cet angle, le rôle des Sociétés de patronage pourrait être très important et comprendre, non seulement l'aide morale et matérielle aux malades, mais aussi une œuvre de prophylaxie mentale.

## SORTIES D'ESSAI

Malgré l'absence de dispositions légales, les sorties d'essai ont été instituées de bonne heure et, dès 1874, l'Inspection générale en recommandait l'application. En 1883, à la Société médico-psychologique, Christian, contrairement à l'opinion de J. Falret et de Legrand du Saulle, se prononçait en leur faveur. Legrain présentait en 1898 au Conseil supérieur de l'Assistance un important rapport et demandait une réglementation. C'est à la même conclusion qu'aboutit en 1911 le rapport de l'Inspection générale. Les derniers projets de révision de la loi de 1838 contiennent des dispositions en ce sens.

En fait, les sorties d'essai sont pratiquées dans la plupart des hôpitaux psychiatriques, mais il ne faut pas se dissimuler que

cette pratique soulève un certain nombre de problèmes, qui n'ont pas encore reçu de solutions satisfaisantes : responsabilité du médecin en cas d'accident, situation juridique du malade, surveillance médicale. Notons, en passant, que l'utilité de ces sorties d'essai apparaît comme beaucoup moins grande si l'on simplifie les formalités d'admission à l'hôpital psychiatrique en généralisant l'usage du placement volontaire et du placement spontané.

### COLONIES FAMILIALES

Nous ne nous étendrons pas sur ce mode d'assistance qui a fait l'objet d'un important mémoire de M. J. Vié, récemment paru ici même (1). Rappelons que c'est Moreau de Tours qui, après avoir visité Gheel en 1843, se prononça le premier en faveur de la colonisation des aliénés en France, et que c'est Aug. Marie qui fonda, en 1892, la colonie de Dun-sur-Auron. Cette colonie et celle d'Ainay-le-Château, fondée en 1900, sont réservées aux aliénés chroniques, hommes et femmes, du département de la Seine, et placées sous le régime de la loi de 1838.

L'exemple donné par le département de la Seine n'a pas été suivi jusqu'à présent. Dun-sur-Auron et Ainay-le-Château restent les seules colonies familiales existant en France.

Quant au placement homo-familial, préconisé par Parchappe, par Foville et qui donna lieu à des tentatives intéressantes faites jadis par Arthaud à Lyon, par Morel à Rouen, par Turck dans les Vosges, il pose le problème de l'assistance à domicile des malades mentaux au moyen d'allocations versées aux familles. Il y aurait là un remède particulièrement intéressant à l'encombrement des asiles, si l'on en juge par les excellents résultats obtenus en Ecosse. Mais ce mode d'assistance ne peut être réalisé sans une surveillance médicale stricte par l'intermédiaire d'auxiliaires compétents.

### SERVICE SOCIAL

C'est la formule la plus moderne de l'assistance psychiatrique. Elle était déjà esquissée dans le rapport de Legrain au Conseil supérieur de l'Assistance publique en 1902. Legrain insistait sur les divers échelons de l'assistance psychiatrique, sur l'importance de la prophylaxie. Mais le premier service social psychiatrique fut créé par Toulouse lorsqu'il organisa, en 1922, le Centre de prophylaxie mentale de la Seine. Des assistantes sociales spécialisées furent adjointes aux médecins et chargées, sous leur

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1941, tome I, pages 1, 121, 224.

direction, du dépistage des malades dans les divers centres urbains, des enquêtes médico-sociales, tant au moment de l'admission qu'à la sortie, de la liaison avec les familles et avec les œuvres d'assistance, de la surveillance après la sortie, de la réadaptation sociale.

Si l'utilité d'une telle organisation a été vite reconnue, les réalisations sont encore fragmentaires. Sur la proposition de M. René Charpentier, la Société médico-psychologique a mis cette question à son ordre du jour en novembre 1935. Une enquête menée à cette époque a montré que des assistantes sociales sont attachées à un certain nombre de consultations et de dispensaires psychiatriques, mais que les services sociaux des asiles sont entièrement à créer. Le rapport de MM. Haye et Lauzier au Conseil supérieur de l'Assistance publique en 1937, sur l'organisation de la prophylaxie mentale, trace tout un programme d'action, où le service social occupe une place prépondérante. L'Administration centrale a pris position en faveur de cette réforme et la circulaire Rucart du 13 octobre 1937 envisage, dans chaque département, l'institution d'un service social psychiatrique avec assistantes spécialisées. Enfin le règlement modèle du service intérieur des hôpitaux psychiatriques du 5 février 1938, qui a remplacé le règlement du 20 mars 1897, prévoit parmi le personnel du service médical des assistantes de service social ou des infirmières d'hygiène sociale.

#### DISPENSAIRES PSYCHIATRIQUES

La première ébauche peut en être trouvée dans l'organisation, en 1868, par Magnan et Bouchereau, de consultations externes avec distribution de médicaments, au service de l'Admission de l'asile Ste-Anne. Mais il faut arriver à la période postérieure à la guerre de 1914-1918 pour voir se développer les dispensaires psychiatriques, sous l'influence du mouvement d'opinion provoqué par la Ligue d'hygiène mentale. Le plus important est le dispensaire de l'hôpital Henri-Rousselle, créé par M. Toulouse, et où ont lieu des consultations quotidiennes et même bi-quotidiennes de psychiatrie générale, de psychiatrie infantile, des consultations spéciales pour éthyliques, pour épileptiques. En province, ces consultations ont été organisées tantôt dans les hôpitaux psychiatriques (Esquermes, Quatre-Mares, La Charité, Quimper, Château-Picon, Mont-de-Marsan, Montdevergues, Blois), tantôt dans les hôpitaux urbains (Amiens, Compiègne, Agen), tantôt dans les dispensaires d'hygiène sociale (dispensaires de l'Oise,

de Seine-et-Marne, de Rennes, Marseille, Angoulême, Toulouse, Pau, Limoges, Nancy).

Ces dispensaires ont surtout un rôle de dépistage et de triage, mais aussi de traitement pour les malades dont l'état ne nécessite par l'hospitalisation. Ceux dont les troubles sont plus accentués sont envoyés soit dans un service libre, soit à l'hôpital psychiatrique. D'autres sont visités à domicile.

Dans leur rapport au Conseil supérieur de l'Assistance, MM. Haye et Lauzier ont insisté avec raison sur l'importance de la liaison entre le dispensaire psychiatrique et l'Office d'hygiène sociale, qui se justifie, à la fois, par des raisons d'ordre scientifique et d'ordre économique. Ces suggestions ont été retenues par l'Administration centrale. La circulaire ministérielle du 13 octobre 1937 précise qu'en s'intégrant dans un cadre déjà connu du public, les consultations psychiatriques fonctionneront en liaison étroite avec les services d'inspection départementale d'hygiène, d'inspection médicale des écoles, des enfants assistés, des laboratoires régionaux et des œuvres privées éventuelles. L'accord et la collaboration de toutes ces organisations sont assurés, ajoute le Ministre, par le Comité départemental de coordination sanitaire et sociale dans lequel sera appelé à siéger au moins un des médecins psychiatres du département.



Ainsi se sont peu à peu précisés les principes et s'est perfectionnée l'organisation technique de l'Assistance aux malades mentaux. Comme on a pu le voir par ce trop bref exposé, presque toujours l'initiative privée a devancé les interventions officielles. Une remarque a souvent été faite, notamment par Sérieux, dans son magistral rapport de 1903 : la France qui, il y a cent ans, tenait la première place en matière d'assistance psychiatrique, s'est laissé distancer à l'étranger. Dans ces dernières années, un sérieux effort de redressement a été entrepris, ce qui a permis à Desruelles et Lauzier de conclure leur enquête de 1931 sur une note optimiste. Aujourd'hui, où notre pays se trouve en présence de tâches immenses, souhaitons que l'Assistance et la Prophylaxie mentales ne soient pas négligées, et que les générations d'aliénistes présentes et à venir sachent, par leurs réalisations personnelles et par leur action auprès des pouvoirs publics, se montrer dignes de leurs grands devanciers.

---

# EVOLUTION

## DE LA MÉDECINE LÉGALE PSYCHIATRIQUE

PAR

G. HEUYER

L'évolution de la médecine légale psychiatrique comprend quatre périodes : 1) Période pré-lombrosienne ; 2) Période lombrosienne ; 3) Période de réaction anti-lombrosienne ; 4) Période contemporaine.

### I. Période pré-lombrosienne

Les rapports du physique et du moral constituent la pierre angulaire de la doctrine lombrosienne. L'extérieur du corps répond aux qualités de l'âme ; aux imperfections physiques sont liés les effets moraux. Pratiquement, la physionomie reflète les dispositions de l'esprit et du caractère. On pourrait dire que c'est Aristote qui a fondé l'étude de la physionomie comme science.

C'est Della Porta, en 1640, qui fut le véritable précurseur de Lombroso. La description qu'il a faite des « fols méchants », des brutaux, des hommes de très mauvais naturels et pleins de méchanceté, et les comparaisons qu'il établit entre ces hommes doués de penchants criminels et les bêtes sauvages sont une première tentative d'une méthode anthropologique appliquée aux criminels.

Lavater établit les principes de la physiognomonie.

A la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, l'acquittement d'un criminel pour cause d'aliénation était tout à fait exceptionnel. D'ailleurs les aliénés qui échappaient au bourreau étaient enfermés dans les cabanons des maisons de force et ne gagnaient rien à être considérés comme irresponsables.



Lorsque Pinel délivra les aliénés de leurs chaînes à l'hospice de Bicêtre, ce fut une ère nouvelle dans la séquestration et le traitement des malades mentaux.

A partir de la Révolution Française, les maisons de force furent transformées en asiles. C'est peu après que la loi reconnut l'irresponsabilité des aliénés ; ce fut l'objet de l'art. 64 du Code pénal : il n'y a ni crime, ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au moment de l'acte, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister.

Comme le disent Dubuisson et Vigouroux, le terme de démence signifie : absence de raison, inconscience, incapacité de diriger ses actes et d'en prévenir les conséquences. Ils expliquent que si le législateur a préféré le terme de démence à celui d'aliénation c'est pour préciser que c'est à des malades dont l'affection est caractérisée par des troubles intellectuels évidents, et à ceux-là seulement, que l'excuse tirée de l'aliénation s'applique d'abord. Mais les aliénistes ont agrandi peu à peu ce domaine restreint de l'irresponsabilité.

Cabanis, en 1823, est le premier qui considère les criminels comme des malades. Il cite avec admiration l'Angleterre et les Etats-Unis où l'on pratique, dit-il, « la cure du crime ». Il déclare que le législateur doit transformer les prisons en hospices de correction (1).

Gall, en 1825, dans son livre sur la « fonction du cerveau », applique sa doctrine à la jurisprudence. Les criminels doivent être considérés comme des malades et les châtiments comme des remèdes. Si le cas est guérissable, on emploie comme moyen de correction, les châtiments, le travail et les conseils de morale. Quand il n'y a pas d'espoir de guérison, lorsque les mauvais penchants se manifestent en dépit de tous les moyens de correction, on doit supposer que l'organe a pris un empire que la volonté ne peut plus supprimer. Il ne reste plus qu'à retirer du corps le membre dangereux pour qu'il ne lui nuise pas ou ne lui communique pas son mal. Cela peut s'opérer par la prison à vie ou par la mort. Ainsi, au lieu de rendre la jurisprudence plus indulgente, comme on l'a cru, la doctrine de Gall la rendait encore plus sévère, par la conviction qu'un pareil criminel ne

(1) CABANIS. — *Observations sur les hôpitaux* (Avertissements). Œuvres complètes, Paris, Didot, 1823, Tome II, page 313. *Quelques principes et quelques vues sur les secours publics* ; Œuvres complètes, Paris, Didot, 1823, Tome II, p. 250.

peut être secouru et que la prison ou la mort sont les seuls moyens de mettre en sûreté la société (1).

C'est la doctrine de Gall qui sera le point de départ de toutes les doctrines criminologiques qui déclarent qu'on ne peut considérer le crime sans s'inquiéter du criminel. « La mesure de la culpabilité et la mesure de la punition ne sauraient être prises ni dans la matérialité de l'acte illégal, ni dans une punition déterminée, mais uniquement dans la situation de l'individu agissant. » (Gall, Opuscule, tome I, p. 360).

La première conquête sur le terrain de la criminalité est due à la doctrine des monomanies.

Esquirol enseigne que le trouble morbide au lieu de porter sur l'ensemble des fonctions intellectuelles et morales peut n'atteindre qu'un petit nombre d'entre elles et respecter les autres. « Le désordre intellectuel est concentré sur un seul objet ou sur une série d'objets. Les malades partent d'un principe faux dont ils suivent sans dévier les raisonnements logiques et dont ils tirent des conséquences légitimes qui modifient leurs affections et leur volonté. Hors ce « délire partiel », ils sentent, raisonnent, agissent comme tout le monde. Des allusions, des hallucinations, des associations vicieuses d'idées, des convictions fausses, erronées, bizarres, sont la base de ce délire que je voudrais appeler monomanie intellectuelle. » (2).

Esquirol considéra d'abord que l'acte criminel peut être accompli seulement sous l'influence d'une conception délirante. Des crimes, restés célèbres dans les annales judiciaires, furent accomplis par des individus qui ne présentaient ni le délire général des maniaques, ni le délire partiel des monomanes intellectuels. Les crimes de Feldmann, de Lecouffe, de Léger, de Papavoine et de la fille Cormier, donnèrent lieu à d'importantes discussions médico-légales. La médecine mentale tenta de démontrer que ces criminels, dont les forfaits étaient particulièrement atroces, avaient été mus par une impulsion machinale, irrésistible dont ils n'avaient pu se défendre, et qu'ils ne devaient pas en conséquence être considérés comme responsables de leurs actes.

Georget, élève d'Esquirol, soutint que chez certains criminels, l'intelligence n'était pas affaiblie, mais la volonté seule était touchée. A côté de la monomanie intellectuelle, il créa la monomanie instinctive.

(1) GALL. — *Fonction du cerveau*, Paris, Baillière, 1825, Tome I, p. 19.

BISCHOFF. — *Exposition de la doctrine de Gall sur le cerveau et sur le crâne*, Berlin, Kuken, 1806.

(2) ESQUIROL. — *Des Maladies mentales*, Tome II, p. 1.

Dubuisson et Vigouroux rappellent que les procureurs du roi et notamment M. de Peyronnet et de nombreux magistrats se sont élevés contre une doctrine qu'ils déclaraient aussi injurieuse pour la morale qu'alarmante pour la société. Toutefois, la doctrine des monomanies et la conception de la monomanie instinctive avec ses variétés, criminelles, incendiaires, etc..., soutenue par Pinel, Georget, réalisa un premier progrès dans le sort des aliénés criminels.

La critique de la doctrine des monomanies faite par J.-P. Falret et Morel fut l'occasion d'un nouveau progrès. Les aliénistes démontrèrent qu'un crime n'est pas un acte unique, isolé dans la vie d'un individu. La monomanie instinctive de Georget n'est qu'un élément dans la maladie mentale de l'auteur d'un crime. « L'idée fausse qu'on représente comme la cause unique d'un acte violent, la passion qu'on dit exagérée au point d'être devenue une maladie, le penchant violent qu'on dit irrésistible, ne sont qu'une partie du trouble mental plus général qui constitue l'aliénation. » L'aliénation mentale entraîne désormais par elle-même l'irresponsabilité absolue. Irresponsabilité et aliénation mentale deviennent deux termes inséparables. Il restait à préciser les limites du domaine de l'aliénation. La loi de 1838 sur les aliénés eut, à cet égard, une influence considérable. De nombreux médecins se vouèrent à l'étude de l'aliénation. Une nouvelle période commençait dans l'étude des maladies mentales et de leur rapport avec la criminalité.

Du vivant même d'Esquirol, l'aliéniste anglais Pritchard avait donné à la manie raisonnante le nom de folie morale.

Marc, célèbre médecin légiste, appliquant le mot « raisonnante » à la folie, veut dire que l'aliéné peut agir en vertu d'un raisonnement, tandis que les malades, dont les actes sont automatiques et non raisonnés, sont des monomanes instinctifs.

Moreau de Tours confond la folie morale avec la manie instinctive. Scipion Pinel, en 1844, l'appelle manie du caractère. Briere de Boismont la nomme folie d'action. Morel en fait une variété de folie instinctive. Trélat lui donne le nom de folie lucide (1).

Campagne, enfin, lui, décrit trois formes : égoïste, envieuse, orgueilleuse. Dans toutes ces formes, il y a perversion des penchants et des sentiments (2).

(1) TRÉLAT. — *Folie lucide*, Adrien Delahaye, 1861.

(2) CAMPAGNE. — *Traité de la Manie raisonnante*, Paris, Victor Masson, 1869.

Toutefois, il semble que l'on puisse faire de ces divers types de folie morale ou folie lucide deux catégories différentes de déséquilibres mentaux.

La *première catégorie* est celle des folies avec conscience, comme les a appelées Baillarger. Il s'agit d'impulsions, d'obsessions ou de phobies, dans lesquelles on observe toujours une idée obsédante qui s'impose au sujet d'une façon plus ou moins irrésistible. La lutte qui résulte entre l'idée obsédante et la conscience claire s'accompagne d'anxiété. Peu à peu la description clinique des obsessions impulsions, parmi lesquelles les impulsions suicides et homicides se préciseront. Elles sont toujours caractérisées par la conscience de l'état morbide. Malgré certaines difficultés au point de vue médico-légal, les aliénistes amenèrent peu à peu les tribunaux à leurs vues, quand s'est posée pour les délinquants obsédés la question de la responsabilité.

La *deuxième catégorie* de folies lucides, folies morales ou monomanies raisonnantes, groupe les cas où le trouble des penchants détermine des actes coupables, sans qu'on puisse mettre en évidence un trouble de l'intelligence et de la volonté, et sans que le malade présente aucun délire ; il peut se signaler au contraire par une remarquable vivacité intellectuelle et une lucidité parfaite du raisonnement. Comme le dit Trelat « ces aliénés lucides sont fous dans leurs actes plutôt que dans leurs paroles ».

Les partisans de la folie morale ont essayé de distinguer le malade du vicieux ordinaire, mais cette distinction s'est révélée de plus en plus délicate. Quand les aliénistes ont classé le vicieux parmi les malades, ils l'ont automatiquement identifié à un aliéné et l'ont par conséquent déclaré irresponsable. Aliénation et irresponsabilité étaient devenus des termes synonymes.

C'est alors que commence une nouvelle période dans l'histoire des théories médico-légales.

Morel, dans son traité des « Dégénérescences de l'espèce humaine », en 1856, établit des rapports étroits entre la criminalité et la dégénérescence. Déjà Lucas avait insisté sur l'hérédité des tendances criminelles. Mais Morel a montré que l'hérédité agit de façon différente sur les sujets suivant qu'elle est plus ou moins lourde, suivant que le sujet est plus ou moins dégénéré.

Dans la classification que Morel fait des dégénérés, c'est dans la seconde classe que sont placés les fous raisonnants, les fous moraux et les fous lucides qui présentent des troubles du jugement et de la volonté sans lésions apparentes de l'intelligence. C'est dans ce groupe surtout que se recrutent les délinquants et

les criminels. « Ils ont des instincts vicieux précoces qui font d'eux de vrais fléaux de famille et qui les empêchent d'être gardés dans les établissements d'éducation. Rien ne peut les retenir dans la voie droite et régulière. Ils côtoient sans cesse la police correctionnelle, la Cour d'assises ou l'asile d'aliénés, et ils finissent souvent par arriver à l'un ou à l'autre. » Comme le dit Morel, « ces malheureux, qui sont les représentants les plus directs des transmissions héréditaires de mauvaises natures, peuplent dans de grandes proportions les prisons et les institutions pénitenciaires pour l'enfance. »

L'anthropologie criminelle doit beaucoup à l'œuvre de Morel, dont les théories seront complétées et corrigées par Lombroso. Celui-ci les appliquera à la criminalité, élargissant ainsi le problème de la dégénérescence.

Dans l'œuvre de Moreau de Tours, les rapports du crime avec la folie et les prédispositions héréditaires sont mis en relief. Genil-Perrin cite la phrase suivante de Moreau de Tours : « C'est aux prédispositions héréditaires en particulier qu'il faudrait s'adresser pour juger des analogies qui existent entre les individus que la société déclare responsables de leurs actes et ceux qu'elle dégage de toutes responsabilités. Il conviendrait d'appliquer à la plupart des grands criminels ce qui a été dit des grands génies, dont aucun ne serait *sine mixtura dementiæ*. Et je ne puis douter que si l'on se livrait à des recherches convenables, on ne découvrirait, dans un grand nombre de cas, pour le crime et la folie un point de départ psycho-organique identique, ou à peu de chose près. »

Comme le crime, la prostitution a son origine dans les prédispositions morbides, héréditaires ou constitutionnelles.

Dailly, en 1865, dans une discussion demeurée célèbre à la Société médico-psychologique, à propos de la responsabilité a soutenu la thèse de l'assimilation complète entre le criminel et l'aliéné qui sont deux êtres également irresponsables.

C'est en 1865 que Broca a créé la Société d'anthropologie. On mesura les crânes ; on compara leurs formes et leurs dimensions avec ceux de nos premiers ancêtres, retrouvés dans les cavernes. On compara les crânes des diverses races. On étudia le crâne des criminels. Il sembla que le crâne des assassins présentait quelques caractères distinctifs. Les études de Broca et de ses disciples : Bordier, Manouvrier, furent continuées, principalement en Italie.



## II. Période lombrosienne

Les études anthropologiques commencées en France furent poursuivies en Italie. On multiplia les mensurations, non seulement du crâne mais de toutes les parties du corps des criminels. On étudia leurs facultés intellectuelles et morales et l'école italienne finit par décrire un type criminel.

Lombroso fut le plus célèbre représentant de cette école. Il y a dans son œuvre toute une partie imaginative qui a prêté à la critique, mais il y en a une autre qui comprend des recherches anthropométriques concernant le corps des criminels et les comparaisons qu'il établit avec les mesures faites sur les races dites primitives.

Le type criminel comporte des traits physiques, intellectuels et moraux. Au point de vue physique, il présente tous les symptômes anatomiques et physiologiques de la dégénérescence, que Dalmagne a complètement énoncés. Au point de vue intellectuel, il est plus rusé qu'intelligent, plus imitateur qu'inventif. Au point de vue moral, il est paresseux, menteur, vindicatif et cruel. C'est le fou moral, le dégénéré héréditaire de Morel.

Pour Lombroso, les contingences sociales seules distinguent le délit de l'acte pur et simple. Tous les actes qui sont considérés comme délictueux par les codes modernes se retrouvent dans les sociétés primitives où ils n'ont pas ce caractère criminel. Chez les peuples barbares, la religion consacre quelques-unes des pratiques qui sont devenues des crimes dans les sociétés modernes : prostitution, avortement, inceste, vol, infanticide, homicide, etc. En vertu de la loi biologique qui veut que l'ontogénèse soit le reflet de la phylogénèse, les tendances primitives se retrouvent chez l'enfant pendant son premier développement. Si ces tendances persistent, l'enfant devient un criminel. En somme, le criminel représente dans la société le vestige des races primitives.

En même temps, les criminalistes ont assimilé le criminel aux dégénérés héréditaires.

Lombroso n'a pas reconnu qu'un seul type de criminel. Physiologiquement et psychologiquement, il a classé les criminels en deux catégories : 1) les criminels nés ; 2) les criminels par passion.

1) Les criminels nés comprennent les foux moraux et les criminels épileptiques. Ce sont des criminels aliénés. Ils ont un caractère général : l'absence congénitale de sens moral et l'imprévoyance.

2) Les criminels par passion sont des criminels d'occasion.

La théorie de Lombroso fut accueillie avec enthousiasme par un grand nombre de médecins et de criminalistes. En Italie, Ferri, Turati, Garofalo, Vacario, etc., furent les plus brillants disciples de Lombroso.

En Allemagne, Knecht (1) étudie la transmission de la dégénérescence physique chez les criminels et les rapports entre les signes de la dégénérescence et les névropathies. Kirn insiste sur les signes de dégénérescence physique des criminels. Toutefois, il déclare qu'il n'y a pas à proprement parler de type criminel anthropologique (2).

En France, Féré rattache le criminel à la famille névropathique : vice, crime, folie = fatalité (3).

Après une période d'enthousiasme, les critiques se sont élevées, surtout à l'égard des affirmations de Lombroso, dont beaucoup n'ont paru que des hypothèses. De plus, de nombreuses inexactitudes ont été relevées concernant les rapports du physique et du moral. Dubuisson et Vigouroux (4) estiment que ce rapport entre l'état moral et l'état physique des individus ne doit être accepté qu'avec une certaine réserve. Il est sujet à trop d'exceptions pour être considéré comme une loi.

D'autre part, dans le type physique du criminel, les critiques ont relevé de nombreuses contradictions et des enfantillages. De nombreux stigmates considérés comme des marques de dégénérescence chez les criminels se retrouvent dans certaines races, chez certaines populations dont la criminalité est inférieure, et se retrouvent même plus souvent chez les non criminels.

Féré lui-même s'est séparé de Lombroso ; il considère que le criminel ne représente pas un type atavique distinct du dégénéré. Il est difficile de distinguer l'anomalie morale du criminel de l'anomalie de l'aliéné.

Il n'en est pas moins vrai que l'œuvre de Lombroso a été une étape très importante dans l'histoire de la criminologie. C'est depuis Lombroso que le criminel a été complètement étudié, dans sa personnalité physique, intellectuelle et morale, indépendamment du délit ou du crime qui lui est reproché. S'il est dans son œuvre une part de fantaisie qui ait prêté à la critique, il subsiste une méthode d'examen qui a été fructueuse.

(1) KNECHT. — *De la transmission de la dégénérescence physique chez les criminels et rapports entre les signes de la dégénérescence et les névropathies*, 1888.

(2) KIRN. — *Dégénérescence psychique et somatologique des criminels*, 1889.

(3) FÉRÉ. — *La Famille névropathique*, 1894 ; *Dégénérescence et criminalité*, 1888.

(4) DUBUISSON et VIGOUROUX. — *Responsabilité pénale et Folie*, 1911.

### III. Période de réaction anti-lombrosienne

Magnan, en 1889, dans son rapport au Congrès d'anthropologie criminelle de Paris, sur l'enfance des criminels considérée dans ses rapports avec les prédispositions naturelles au crime, tout en rendant un hommage mérité à l'œuvre de Lombroso, ne peut se rallier à l'opinion qui attribue à la plupart des criminels une origine ancestrale, qui considère le criminel-né comme un sauvage survivant à la civilisation actuelle, et qui le compare à l'enfant. Ainsi la criminalité ne serait qu'une enfance prolongée ; l'enfant serait prédisposé naturellement au crime, le criminel représenterait un homme dénué de sens moral.

Magnan compare les premières années de l'enfant normal à l'enfance des dégénérés, délinquants et criminels. Dans toute l'histoire bio-pathologique de ces derniers malades, il trouve malgré des apparences de raison les traces d'une tare cérébrale. Les sujets chez lesquels existe une prédisposition native aux crimes et aux délits ne sont pas des êtres normaux mais bien des dégénérés héréditaires.

A la suite de Magnan, Dallemagne se rallie à la théorie qui fait du criminel un vulgaire dégénéré (1).

Laurent, étudiant les dégénérés dans les prisons, constate que les dégénérés les plus nombreux sont les débiles déshérités de l'intelligence et du jugement. Les dégénérés supérieurs sont rares ; ce sont surtout des passionnels, et ils ne sont pas, en général, des récidivistes. Les imbéciles, chez qui l'impulsivité, l'instinctivité résument la majeure partie des opérations cérébrales, sont plus rares encore. Quand ils commettent un acte délictueux, l'examen médical suffit pour les envoyer à l'asile qui est leur véritable place (2).

Legrain a repris la question des rapports de la dégénérescence et de la criminalité (3). Le dégénéré devient souvent un délinquant. Son déséquilibre le prédispose à commettre des délits et des crimes. De plus, beaucoup de criminels présentent des stigmates de dégénérescence. Mais, si le dégénéré devient souvent un criminel, le crime n'est pas forcément relié à l'état dégénératif par un lien de causalité : « il n'existe pas de raison de confondre ensemble dégénérescence et criminalité ; le crime n'est pas plus

(1) DALLEMAGNE. — *Dégénérés et déséquilibrés*.

(2) LAURENT. — *Les dégénérés dans les prisons*, 1888.

(3) LEGRAIN. — *Médecine Légale des dégénérés* ; *Archives d'Anthropologie criminelle*, 1894.

un syndrome faisant partie de l'histoire des dégénérés, qu'il ne fait partie de celle de la paralysie générale. Ici et là, il n'est qu'un accident. »

Si les dégénérés peuvent devenir des criminels, c'est qu'ils s'adaptent moins facilement aux conditions de la vie régulière, et si certains criminels présentent des stigmates de dégénérescence, ce n'est pas que ces stigmates présentent un rapport quelconque avec les crimes et les délits dont ces sujets se sont rendus coupables, ils signifient tout simplement que ces criminels sont des dégénérés.

Il y a d'ailleurs des criminels qui n'ont aucun caractère de dégénérescence. Les dégénérés ne deviennent pas forcément des criminels. Toutefois, ils le deviennent plus facilement que des êtres normaux, de telle sorte qu'au point de vue juridique et pénal, on peut se demander quelle est la responsabilité des dégénérés criminels et de quelles sanctions ils sont passibles.

Vers la même époque Maupaté estime qu'il n'existe aucun stigmate régressif ou dégénératif qui permette de reconnaître à coup sûr le criminel. Tout au plus, peut-on considérer que les enfants à mauvais instincts soient physiquement et moralement des dégénérés (1).

Genil-Perrin, dans son « Histoire des origines et de l'évolution de l'idée de dégénérescence en médecine mentale », montre que postérieurement à Magnan, s'est dessiné un mouvement de réaction et de critique, qui, tout en respectant la valeur étiologique, fondamentale de la dégénérescence, a réduit à très peu de chose sa valeur nosologique. La dégénérescence n'est pas une maladie autonome, pas plus que la criminalité ne relève d'une seule cause. Toutefois, la dégénérescence reste à la base des formes multiples de la criminalité des récidivistes.

#### IV. Période contemporaine

Avec Dupré, commence la période contemporaine de l'histoire de la médecine légale psychiatrique. La question des rapports de la dégénérescence et de la criminalité a été reprise au Congrès de Tunis en 1912.

Dupré, dans son rapport sur « les perversions instinctives », a montré comment Morel a dégagé la folie morale des formes de la dégénérescence mentale. Les fous moraux sont à peu près les

(1) MAUPATÉ. — *Criminalité et Dégénérescence*.

mêmes malades que ceux dont Mairét et Euzière ont donné une classification dans leur livre sur les invalides moraux (1). Les perversions instinctives sont des anomalies constitutionnelles des tendances de l'individu considéré dans son activité morale et sociale. Le caractère dominant est l'inaffectivité.

Il existe deux types de pervers instinctifs : 1) Le *pervers intelligent*, esprit faux, vaniteux et instable ; 2) le *pervers débile intellectuel*, qui est le type de l'être anti-social : brute aux mauvais instincts déchaînés.

Il existe parmi les pervers instinctifs trois degrés : les uns sont indisciplinés et instables, ils deviennent des fumeurs et des vagabonds. Quand les perversions sont plus graves, l'impulsivité fait des pervers des sujets violents, brutaux et hostiles. Enfin, quand l'intelligence s'allie à la malignité, les pervers cherchent à nuire d'une façon sournoise par leurs paroles et par leurs gestes.

Mais chez tous les pervers on trouve ces trois caractères essentiels : irréductibilité des tendances ; récurrence incessante ; impossibilité de l'amendement, c'est-à-dire l'incorrigibilité. Les pervers constituent ce que le professeur Garçon appelait un état dangereux permanent. Les deux tiers des prisonniers actuels sont des pervers instinctifs. La malignité des pervers s'exerce dans la famille, à l'école, à l'atelier et au régiment. Dupré a mis en évidence l'évolution chronologique du pervers à ses diverses périodes :

A la période *familiale*, infantile et adulte, son instabilité et sa dépravation troublent profondément la vie familiale dans ses rapports avec les parents, les frères et les sœurs et plus tard, avec les enfants.

A la période *scolaire*, la turbulence et l'indocilité entraînent l'éviction de l'école et l'impossibilité de faire des études régulières.

A la période *militaire*, l'indiscipline et les négligences entraînent des délits qui peuvent amener le sujet au Conseil de guerre.

A la période *professionnelle*, l'instabilité intellectuelle, l'amoralité, la jalousie, la vanité, rendent impossible l'exercice normal d'un métier.

Enfin les périodes administratives, judiciaires et pénitentiaires comportent toutes les formes de la délinquance et de la criminalité, qu'aggravent les excès de boisson et la débauche.

Pour les femmes, la prostitution est la forme habituelle de la criminalité, ou du moins les prostituées se recrutent en grande

(1) MAIRET et EUZIÈRE. — *Les Invalides moraux*, Montpellier, 1910.



partie parmi les perverses et les débiles, et c'est parmi les prostituées que l'on rencontre le plus de délinquantes.

Nous verrons plus loin que c'est à l'occasion des perversions instinctives que se manifeste le plus de divergence entre les opinions des experts.

Le déséquilibre habituel, la gravité des réactions anti-sociales et perverses, le récidivisme constant, l'inintimidabilité expliquent la richesse des dossiers judiciaires, pénitentiaires et administratifs d'un pervers arrivé à la fin de l'âge adulte, et qui a attiré sur lui à maintes reprises l'attention de la police, des magistrats et des médecins experts. Dans certains dossiers de l'infirmerie spéciale, où s'inscrivent les incidents de la vie d'un de ces déséquilibrés, on voit se succéder les condamnations aux internements. Henri Colin a représenté sur des graphiques démonstratifs la succession et la fréquence des passages des déséquilibrés pervers à la prison et à l'asile.

Les pervers instinctifs fournissent le plus grand nombre des criminels d'habitude. Ils nous ramènent à la conception de Lombroso. Toutefois, ils se distinguent des criminels-nés parce que, comme le disait Dupré, « la tendance à l'acte n'implique pas la fatalité de l'action ». Ils sont constitutionnellement des inadaptables. C'est à leur sujet surtout que dans les expertises surgissent les difficultés d'appréciation. Il n'y a pas de culpabilité quand il y a démence ou contrainte d'après l'art. 64 du Code pénal. Le criminel n'est pas coupable quand il est aliéné. Mais entre l'aliéné et le sujet normal se placent une foule de degrés intermédiaires : fous moraux de Trélat, criminels-nés de Lombroso, dégénérés héréditaires de Magnan, pervers instinctifs de Dupré.

De plus, l'expérience montre que pour un certain nombre de ces déséquilibrés la punition est quelquefois salutaire. Ici, intervient la notion complexe et insoluble de responsabilité. Nous n'insisterons pas sur les discussions que souleva cette question.

Gilbert Ballet, au Congrès de Genève en 1907, s'est attaqué au terme de responsabilité qu'il estimait judicieusement avoir un sens surtout métaphysique. Il n'est pas douteux que la responsabilité repose tout entière sur la notion fondamentale du libre arbitre. Elle exige la liberté de la volonté. Le médecin, a dit G. Ballet, a le droit de s'intéresser aux spéculations métaphysiques et aux recherches sociologiques, mais ce n'est pas pour résoudre ces problèmes qu'on l'appelle au Tribunal.

La position de G. Ballet était inattaquable. Mais en France, la plupart des psychiatres et des médecins experts ont hésité à rejeter complètement la notion et le terme de responsabilité. Pour

éviter de prendre parti dans la question de métaphysique et de libre-arbitre qui paraît être inséparable de la responsabilité, ils ont introduit la notion de « responsabilité pénale », qui est fondée sur « le principe de discernement du bien et du mal, et sur le respect des lois qui en donne la définition légale » (Sengès). Cette notion reconnaît implicitement la liberté humaine. On admet aussi que « l'intimidation par sanctions et par peines est un frein qui peut endiguer le développement des instincts anti-sociaux » (Sengès).

La notion de responsabilité reste inséparable de la notion d'expiation. Il est logique que l'aliéné échappe à l'expiation. Il est garanti par l'art. 64 du Code pénal. Toutefois, dans cet article, le terme de démence a soulevé bien des objections légitimes. Lors de la discussion qui eut lieu à la Société médico-psychologique, au sujet du projet de réforme du Code pénal, sur la proposition de René Charpentier, la Société a voté à la quasi unanimité « le remplacement du terme de démence par celui d' « état mental pathologique, qui rend incapable au moment de l'acte d'en apercevoir le caractère moral ou injuste et de se déterminer en conséquence ».

Cette définition résulte d'une conception psychiatrique meilleure que l'ancienne. Elle laisse la place à des interprétations médicales et psychiatriques assez larges pour prévoir tous les cas d'espèce.

Mais, l'expérience a montré que même avec la modification apportée à la définition de l'état de démence, l'art. 64 ne s'applique pas aux déséquilibres affectifs qui conditionnent le plus souvent les actes des délinquants.

C'est alors qu'a été introduite en psychiatrie médico-légale la notion de responsabilité atténuée. Elle était contenue en germe dans les articles 67 et 69 du Code pénal, dans lesquels l'atténuation des peines reposait sur la notion de la minorité de 16 ans. Les mineurs sont moins punissables parce que moins responsables pénalement.

Ce germe a abouti à un monstre : la théorie de la responsabilité limitée comme cause d'atténuation de la peine. Les réformes de 1832, de 1863, le décret du 27 novembre 1870 (art. 463) ont abouti à l'admission des circonstances atténuantes. « Si l'expert démontre au juge que le délinquant souffre d'un état morbide quelconque, dont la conséquence est de diminuer le libre exercice de sa volonté, le juge applique l'art. 463 et diminue la peine. » Pourtant, le juge, gardien de l'ordre social, se rend compte que les délinquants du type demi-responsable, comme les appelait Grasset,

sont accessibles à l'action inhibitrice de la peine. Infliger un châtiment indulgent à un pervers instinctif est souvent une faute. Le psychiatre sait aussi que l'atténuation de la punition chez certains déséquilibrés, pervers ou non, est funeste dans la pratique.

G. Ballet, au Congrès de Genève et de Lausanne en 1907, a bien résumé l'état de la question : « Au point de vue pratique, il y a des inconvénients à déclarer atténuée la responsabilité des fous moraux et des déséquilibrés pervers. C'est une faute de condamner ces anormaux à une peine infamante car, si le médecin n'a pu les déclarer déments, parce qu'ils ont la notion du bien et du mal et de la portée de leurs actes, ce sont des anormaux qui relèvent de la pathologie ou du moins de la tératologie. C'est une faute au point de vue de la défense sociale de les condamner à une peine atténuée, c'est-à-dire à une courte peine, car cela leur permet de reprendre bientôt la série de leurs méfaits. De cette façon, on a fait de la mauvaise protection sociale et de la mauvaise justice. »

Ainsi, actuellement en France, il y a une cote mal taillée qui fonctionne un peu au hasard et qui aboutit le plus souvent à faire bénéficier les demi-responsables d'une atténuation de la peine qui est une prime à la récidive et à l'accroissement de la criminalité.

Les délinquants mentalement anormaux ne sont pas des aliénés à proprement parler ; ils ne sont pas à leur place parmi les malades des hôpitaux psychiatriques. Dans la pratique, ils sont souvent considérés comme responsables par certains experts et irresponsables par d'autres. Ce sont ces « délinquants chauve-souris » comme les appelait Briand, qui savent utiliser leur lucidité à l'hôpital psychiatrique pour obtenir leur sortie, et leur déséquilibre devant le médecin expert et le juge pour obtenir les circonstances atténuantes. Trop fous pour la prison, trop lucides pour l'asile, échappant à la peine et récidivistes par tempérament, ils ne sont pas actuellement l'objet de dispositions spéciales du Code pénal français, qui permettent de les traiter médicalement pour leur déséquilibre, et de les isoler pendant un temps suffisant pour protéger la société contre leur nocivité et leur récidivisme. Comme l'a montré H. Colin, ces délinquants mentalement anormaux passent successivement à la prison et à l'asile selon qu'ils sont considérés comme responsables par certains experts, comme irresponsables par d'autres.

Les médecins des hôpitaux psychiatriques ont demandé que les anormaux délinquants ne soient pas placés dans les mêmes catégories que les malades ordinaires. Dans un certain nombre d'asiles ont été créés des quartiers de sûreté pour les aliénés dit criminels. C'est ainsi que fonctionne la section Henri-Colin à

l'hôpital psychiatrique de Villejuif. Mais, ces sections pour aliénés criminels ne sont pas adaptées à la catégorie des délinquants mentalement anormaux qui ne sont pas des aliénés à proprement parler et qui ne sont pas à leur place parmi les déments et les grands délirants.

Le même problème s'est posé dans les autres pays, et il a déjà reçu hors de France des solutions satisfaisantes.

En Italie, le 14 septembre 1919, un décret royal nomma une commission pour la réforme des lois pénales. Cette commission a abouti à la réforme du code pénal italien. Du point de vue qui nous occupe, deux principes ont été mis en évidence :

1) Le criminel plutôt que le crime. Il faut surtout adapter les dispositions des lois aux criminels. Le crime est l'action d'un homme. C'est à cet homme et non au fait objectif du crime que doit s'adapter la mesure établie par la loi.

2) L'état de danger du criminel. Les mesures de défense sociale contre la criminalité doivent être adaptées à la sensibilité plus ou moins accentuée du délinquant. Un crime grave peut être commis par un criminel peu dangereux, tandis qu'un crime léger peut être le symptôme d'une anomalie mentale très dangereuse.

La réforme des lois pour la défense sociale contre la criminalité doit tendre à ce que la mesure soit plus sévère pour les criminels d'habitude par tendances instinctives, et moins sévère pour les criminels d'occasion. Pour les premiers, la mesure de défense sociale doit se préoccuper surtout d'empêcher le retour de leurs actes criminels en les isolant de la société. Pour les seconds, au contraire, cette mesure doit se préoccuper de mettre le condamné à même de rentrer dans la société comme un citoyen laborieux et non comme un individu dangereux. Pour réaliser ce double but de la défense sociale et de la correction des délinquants, il est indispensable de se fonder sur l'étude psycho-anthropologique du criminel.

Le nouveau code pénal de 1930, dans ses chapitres 8, 9 et 10 indique les moyens dont pourront se servir les juges : mesures de rééducation, mesures de rédemption, mesures de sûreté, parmi lesquelles l'élimination, l'isolement à temps indéterminé, etc...

Le code pénal italien a été complété par la loi de 1934 concernant les minurs.

Pour l'Angleterre et l'Ecosse (1) la loi de 1884 a réglé déjà le problème de l'assistance aux aliénés criminels. L'asile spécial de Broadmoor leur était réservé.

(1) Articles du docteur Madeleine DEROMBES, *Ann. Méd.-Psych.*, février-mars-avril 1937.

La loi de 1913, amendée par les dispositions de 1927, a résolu en partie le sort des criminels et des délinquants considérés en France comme ayant une responsabilité atténuée. L'Institution d'Etat Rampton, créée pour recueillir et éduquer « les arriérés mentaux et moraux aux tendances violentes et dangereuses », représente une mesure de défense sociale, qui a précédé celles que d'autres pays ont réalisées. De même certaines prisons anglaises possèdent depuis longtemps déjà des quartiers d'observation psychiatrique.

En 1932, le rapport du Comité d'études sur les récidivistes a établi pleinement qu'une grande proportion de personnes condamnées ne sont en aucune façon amendées par leur séjour en prison.

La législation anglaise envisage l'application motivée de la condamnation à la prison préventive pour les récidivistes. Ce qui oriente tout le système dans le sens belge : sentence indéterminée et individualisation de la peine.

C'est en effet en Belgique que la conception anthropologique de l'état de criminalité a abouti à des modifications importantes dans le régime des prisons, et c'est en Belgique que sont nés tous les progrès de la criminologie moderne. En 1907, fut créé par Rankin, ministre de la Justice, le premier laboratoire d'anthropologie criminelle dont la direction fut confiée au docteur Louis Vervaeck.

En 1920, sur l'initiative de M. Vandervelde, ministre de la Justice, fut organisé dans les dix prisons importantes du pays un laboratoire semblable, dirigé par un médecin initié à l'anthropologie criminelle et psychiatre de carrière. A la suite de la constitution de plus de 27.000 dossiers anthropologiques, comprenant notamment 6.032 examens de récidivistes, Louis Vervaeck obtint du gouvernement belge, le 9 avril 1930, que fut promulguée une loi de défense sociale qui fut mise en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1931 (1).

Cette loi présente deux caractères principaux :

1) *Son application aux anormaux.* Le délinquant reconnu atteint d'anormalité mentale échappe désormais à la sanction pénale proprement dite. Il fait l'objet de mesures thérapeutiques et éducatives qui ne prennent fin que lorsque son état sera jugé suffisamment amélioré pour lui permettre de rentrer sans danger dans la société.

D'autre part, si à l'expiration du terme de cette sentence, l'état

(1) Louis VERVAECK. — *Revue de Droit Pénal et de criminologie*, juin-juillet 1936.



de l'anormal justifie la continuation de son internement, celui-ci peut être prolongé pour un terme de même durée et plusieurs fois s'il est nécessaire.

Cette loi réalise, en fait, pour les délinquants anormaux le principe de la sentence indéterminée.

2) *La défense sociale contre les récidivistes.* Pour les récidivistes, la loi de défense sociale du 9 avril 1930 institue une mesure de sûreté, dont l'exécution a lieu après qu'ils ont subi la peine d'emprisonnement qui leur a été infligée par le Tribunal.

Le récidiviste, mis à la disposition du gouvernement à l'expiration de sa peine, est placé dans un établissement spécial de rééducation. Cet internement qui a pour but essentiel la préservation de la société contre la répétition de ses infractions prendra fin dès que l'administration aura acquis la certitude que l'interné peut être reclassé dans la société. Il est alors libéré à l'essai et soumis à une tutelle vigilante, confiée aux délégués des œuvres de patronage et de réadaptation sociale, ou exercée par les auxiliaires sociales des prisons.

Au bout de 5 ans, Louis Vervaeck a pu exposer le premier bilan quinquennal de la loi de défense sociale à l'égard des anormaux (1). Le taux de la récidive chez les anormaux libérés de la défense sociale est inférieur des 2/3 à celui des condamnés ordinaires, libérés conditionnellement ou à l'expiration de leur peine. Vervaeck conclut que malgré ses imperfections et ses lacunes la loi a réalisé un progrès notable dans le traitement des anormaux à tendances délictueuses. Elle constitue un moyen efficace de défense sociale et de prophylaxie criminelle.

En 1938, au premier Congrès international de criminologie de Rome auquel nous assistions avec le D<sup>r</sup> Porcher, le rapport sur l'organisation de la prophylaxie criminelle dans différents pays a relaté les heureux résultats obtenus en Belgique, en Allemagne, en Italie, en Yougoslavie, où fonctionne la loi de défense sociale, plus ou moins conforme à la loi belge.

En France, en 1930, la proposition de loi Blaque-Belair, inspirée par le D<sup>r</sup> Ceillier, en vue de créer dans les grandes prisons des laboratoires d'anthropologie criminelle et des annexes psychiatriques, a été déposée, mais n'est pas venue en discussion au Parlement.

En 1937, M. Louis Rollin a déposé à la Chambre une proposition de loi de prophylaxie criminelle.

(1) LOUIS VERVAECK. — *Le Crime et la Peine*, 1934, et cours d'anthropologie criminelle, 1939.

Enfin, MM. Lisbonne et Camboulive, sénateurs, ont déposé au Sénat le 8 juin 1937 une proposition de loi de protection sociale relative aux délinquants mentalement anormaux. Cette proposition s'inspire des mêmes principes qui ont régi la loi belge de défense sociale à l'égard des anormaux. Renvoyée à la Commission de législation civile et criminelle du Sénat, elle a été l'objet d'un avis favorable du Conseil supérieur de prophylaxie criminelle (1). (Voir rapport Baffos et Heuyer).

Les auteurs de la proposition de loi ne se sont pas bornés à une transcription intégrale de la loi belge. Ils ont tenu compte au point de vue technique des institutions juridiques françaises, et ils ont eu le vif souci de garantir la liberté individuelle qui est une préoccupation permanente de l'opinion publique française.

Cette proposition de loi très précise mettrait le système pénitentiaire français à la hauteur des systèmes belge et anglais. Son application constituerait un progrès considérable dans le traitement pénal rationnel des individus qui, en raison de leurs tares mentales, sont un danger pour la sécurité sociale. Elle ne comprend pas le mot de responsabilité qui évoque une notion très discutable à tous les points de vue et qui devrait disparaître du langage juridique et psychiatrique. Elle ne tient compte que des valeurs pratiques de diagnostic, de pronostic et des mesures thérapeutiques et pédagogiques en vue d'une réadaptation sociale.

Elle est pourtant moins révolutionnaire qu'elle ne le paraît. Elle reste une loi essentiellement pénitentiaire. Elle maintient dans une large mesure la notion de l'intimidation, par l'intérêt que les individus internés dans un établissement de protection sociale ont à en sortir le plus tôt possible. Leur bonne conduite leur permettra d'obtenir au plus vite la sortie à l'essai. En dehors de l'établissement, leur vie honnête, leur travail régulier, leur absence de récidive leur permettront de profiter de leur liberté qui pourra devenir définitive. Au contraire, s'ils ne satisfont pas aux conditions qui leur sont imposées, ils réintégreront l'établissement de protection sociale.

La proposition de loi de MM. Lisbonne et Camboulive s'inspire des idées modernes de prophylaxie criminelle. Il est regrettable qu'elle n'ait pas été reprise et promulguée.

Cette proposition de loi sur les délinquants mentalement anormaux doit s'articuler logiquement avec des mesures à prendre à l'égard des aliénés et de l'enfance anormale.

Les mesures qui concernent les aliénés dangereux doivent être

(1) Baffos et G. Heuyer. — Les délinquants mentalement anormaux. *Revue de Science Criminelle et de Droit Pénal comparé*, janvier-mars, 1939.

incluses dans les projets de révision de la loi du 30 juin 1838. Cette révision de la loi sur les aliénés est depuis longtemps à l'ordre du jour (1).

La loi de 1912 sur les mineurs vient d'être modifiée par le nouveau Code pénal de l'enfance coupable qui prévoit la création de Centres d'observation. Il ne satisfait pas magistrats et sociologues, qui désirent une loi plus efficace pour la protection et le redressement de l'enfance délinquante.



Ainsi les médecins qui, depuis le début du XIX<sup>e</sup> siècle, ont établi les bases de la médecine légale psychiatrique ont étudié le criminel dans sa personnalité physique, intellectuelle et morale. Ils ont montré la nécessité d'insérer l'étude de la personnalité du délinquant dans les chapitres du droit pénal nouveau. Cette étude doit aboutir à l'individualisation de la peine. La même sanction ne peut être appliquée aux criminels ou délinquants sur lesquels les influences sociales prédominent et qui sont les vulgaires criminels d'occasion, aux criminels anormaux constitutionnels, pervers instinctifs, récidivistes incurables, et aux criminels déséquilibrés, dégénérés aux réactions délinquantes épisodiques, sur lesquels la peine a une influence inhibitrice.

Au cours de ces dernières années, les théoriciens de la médecine légale psychiatrique ont élargi le problème, et en essayant d'éviter la récidive ont tenté de prévenir le crime par des mesures de prophylaxie criminelle (Toulouse). En Allemagne, cette préoccupation a joué un rôle important dans l'établissement des mesures eugéniques prises à l'égard des anormaux, autant pour préserver la race que pour diminuer le crime. En France, la prophylaxie porte moins sur la race que sur le diagnostic précoce des tares individuelles, dans un but de redressement, avec des moyens de traitement, d'éducation et de thérapeutique par le travail.

Dans tous les pays, les psychiatres, les magistrats et les sociologues sont d'accord pour faire la prophylaxie criminelle précocement chez l'enfant. C'est en dépistant de bonne heure la débilité mentale, les perversions instinctives, et les manifestations de déséquilibre du caractère que l'on peut faire efficacement la prophylaxie de la délinquance et du crime chez l'adulte.

---

(1) Voir articles des docteurs FILLASSIER, DESRUELLES et HAMEL, *Ann. Méd.-Psych.*, juin 1938 ; article du docteur HEUYER, *Ann. Méd.-Psych.*, juillet 1939.

# L'ŒUVRE PSYCHIATRIQUE DE LA FRANCE AUX COLONIES DEPUIS UN SIÈCLE

PAR

A. POROT (d'Alger)

## Historique

Il est un nom autour duquel gravite toute l'œuvre psychiatrique de la France aux colonies, et qui doit être inscrit en tête de cette étude : c'est celui de Régis. Par son action directe et personnelle, par ses travaux sur toutes les questions de clinique et d'assistance que suscitait la pathologie mentale coloniale, par la remarquable étude d'ensemble qu'il présenta en 1912 au Congrès des aliénistes et neurologistes de Tunis, Régis fut l'homme qui donna à ce problème toute l'importance et toute l'envergure qu'il comportait. Mais sa contribution personnelle fut encore dépassée par le rayonnement de son enseignement, qui a imprégné tant de générations de médecins de la marine et des colonies à la Faculté de Bordeaux, qui a suscité tant de vocations psychiatriques, même à distance, et qui nous a valu la pléiade d'élèves distingués qui ont emporté sa pensée féconde dans nos colonies lointaines, et à qui nous devons tout ce qui a pu y être créé (Casanova, G. Martin, Ringenbach, Peyre, Hesnard, Vital, Robert, Roussy, Aubin, pour ne citer que les plus actifs).

De vieilles colonies, comme la Martinique et la Guadeloupe, avaient assuré matériellement et légalement l'hospitalisation et le traitement de leurs aliénés, mais par des œuvres purement locales, à peu près ignorées de la Métropole. On pourrait même remonter plus loin, et, s'il faut en croire Aug. Marie, le fameux Asile égyptien d'Abbasieh, près du Caire, aurait été, à l'origine, une fondation de l'influence médicale française, du temps de Clot-Bey, antérieurement à l'occupation de ce pays par les Anglais qui ne firent que moderniser l'établissement.

C'est entre 1905 et 1910 que des médecins français, à la suite de missions ou de constatations spontanées, lancèrent les premiers appels en faveur des aliénés aux colonies. C'est pour avoir découvert les belles réalisations des Anglais et des Hollandais aux Indes ou dans leurs autres colonies et la carence de nos territoires d'Orient et d'Extrême-Orient, que Jeanselme, Margain, Aug. Marie commencèrent auprès des pouvoirs et de l'opinion publique une campagne active pour l'organisation de l'assistance mentale Outre-Mer. Toutes une série d'articles dans des revues médicales, et des rapports à des Congrès coloniaux (1) attirèrent l'attention sur ce problème.

On déplorait aussi que l'Algérie, plus proche de la Métropole, aux trois quarts centenaire, ayant déjà à cette époque une population de 5.000.000 d'habitants, n'ait pu encore, malgré l'activité du D<sup>r</sup> Gérente, détaché de la Métropole à cette fin, faire aboutir aucun des projets d'asile local présentés au vote des Délégations financières, et qu'elle continuât, dans des conditions fort critiquables, d'évacuer sur des asiles de France une importante population d'aliénés. Les publications de Gervais, Levet, Livet, A. Porot, Sauzay soulignaient les inconvénients de cet état de choses ; Lwoff et Sérieux, de leur mission au Maroc, rapportaient la même impression, et A. Porot, Bouquet montraient que la Tunisie était soumise aux mêmes conditions fâcheuses. Il faut rappeler aussi les suggestions émises par Dagonet, Pactet, G. de Clérambault à la suite de leurs voyages en Afrique du Nord (2).

La question de l'assistance des aliénés aux colonies se trouvait, par tant de travaux et par une si remarquable communauté d'opinions, placée au premier plan de l'actualité. Déjà en août 1908, au Congrès de Dijon, un vœu de Simon et Régis, adopté à l'unanimité, demandait l'organisation, dans le plus bref délai possible, d'Etablissements spéciaux dans toutes nos colonies, et réclamait, en attendant, de meilleures conditions d'évacuation.

Puis ce fut, en 1912, au Congrès de Tunis, le très complet et très important rapport de Reboul et Régis sur la question, avec toute sa documentation et toutes les suggestions et les vœux qui en découlèrent : 1° formation de psychiatres coloniaux spécialisés, militaires et civils ; 2° législation sur les aliénés aux colo-

(1) On trouvera l'énumération exacte de ces articles dans le Rapport de Reboul et Régis au XXII<sup>e</sup> Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de Tunis, 1912, p. 6 et suivantes.

(2) Voir sur ce sujet : DESRUELLES et BERSOT, Note sur l'histoire de l'assistance aux Aliénés en Algérie depuis la conquête. Congrès des aliénistes et neurot., Alger, 1938. *Comptes rendus*, p. 310.



nie ayant pour base des principes communs, avec des réglementations spéciales, suivant les conditions locales ; 3° locaux et établissements pour délinquants et aliénés constituant, pour chaque colonie, une sorte de réseau d'assistance psychiatrique ; 4° suppression complète du transport des aliénés indigènes dans les Asiles de France.

Ces vœux retinrent l'attention du Ministre des Colonies qui adressa aux Gouverneurs une circulaire prescrivant l'établissement d'un programme d'assistance psychiatrique. La guerre de 1914-1918 interrompit l'exécution de la plupart des projets. La période ultérieure, dit Aubin, vit l'éclosion intermittente de créations nouvelles, les unes insuffisantes, les autres hardies et d'envergure. Une *Commission consultative d'assistance psychiatrique et d'hygiène mentale*, instituée auprès du Ministère des Colonies, amorça, en 1925, une coordination des efforts ; mais depuis 1932, elle semble restée en sommeil.

A l'occasion du Congrès d'Alger, en 1938, la question de cette assistance fut reprise, surtout en ce qui concerne les indigènes. Dans un remarquable rapport, qu'il était particulièrement qualifié pour écrire, et qui porte la marque d'un esprit à la fois réaliste et plastique, le D<sup>r</sup> Aubin nous a montré les résultats déjà obtenus et les lacunes qui restaient à combler (1).

### Les principes directeurs

Des deux rapports de 1912 et de 1938, des réalisations déjà faites en certains pays (Algérie, Indochine) se dégage, sinon une doctrine rigide, du moins un certain nombre de principes directeurs qui tiennent compte de tous les éléments à prendre en considération en face d'un tel problème. Aubin les a bien mis en évidence au début de son travail. Nous-même y avons insisté. Voici les principaux :

1) *S'inspirer des conceptions modernes en matière d'Assistance mentale*, c'est-à-dire s'orienter surtout vers le *traitement très précoce*, d'où la nécessité des *services ouverts* en contact étroit avec les ressources d'un hôpital général et des *dispensaires* ou *consultations* d'hygiène mentale. On en verra un exemple avec les *Services de première ligne* en Algérie. La conception, prônée par

(1) AUBIN. — L'assistance psychiatrique indigène aux Colonies. *Rapport au XLII<sup>e</sup> Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française*, Alger, 1938.

Aubin, du grand *Centre neuro-psychiatrique d'observation et de traitement* comme stade fondamental de l'Assistance n'en est qu'une amplification. Ces services ou centres doivent être *biva-lents* fonctionnant comme services ouverts et fermés suivant la qualité réactionnelle du malade. Autour d'eux des formations accessoires : *annexes psychiatriques pénitentiaires, services d'en-fants anormaux, toxicomanes, etc., etc...*

Derrière cette première ligne, quel que soit son développement, des établissements de deuxième ligne, asiles, hôpitaux, colonies agricoles, pour les séjours de longue durée ou la chronicité.

Cette conception, plus moderne, de la formation importante et active au premier plan, tend à se substituer au système des « petits centres de malades aigus », multipliés partout, que demandaient les rapporteurs de 1912.

2) *Souligner l'intérêt social et économique* des entreprises d'hygiène et d'assistance mentales aux yeux des autorités coloniales administratives, encore trop enclines à ne voir en ce domaine que des dépenses improductives et quasi indésirables. La sauvegarde et l'amélioration de la race, la conservation et la protection de la main-d'œuvre contre les fléaux sociaux qui minent sa résistance nerveuse (toxicomanies, endémies) sont les principes élémentaires d'une politique vraiment colonisatrice. Le problème de l'adaptation sociale — critérium de la validité mentale — joue aux colonies non seulement pour l'Européen qui se déracine, mais aussi et surtout pour l'indigène que nous soumettons à une cadence de vie nouvelle à laquelle il n'est guère préparé.

Le rôle du psychiatre aux colonies ne doit pas se restreindre au domaine de son hôpital. Il doit être le conseiller technique, le collaborateur direct de l'Administration supérieure, assuré d'une certaine stabilité et dégagé des contingences locales. Là où a pu s'affirmer cette continuité dans l'effort on a pu voir se réaliser des programmes d'ensemble heureux et féconds (Afrique du Nord, Indochine).

3) *Fixer le rôle des psychiatres aux colonies et assurer un recrutement satisfaisant.* Ce rôle est des plus délicats, et plus complexe que dans la Métropole. Le médecin doit avoir le *sens social* de son rôle. De plus, la pathologie exotique (paludisme, trypanosomiase, maladies parasitaires, toxicomanies), les carences de toute nature, jouent un rôle considérable dans la pathologie mentale aux colonies. Aussi doit-on exiger des médecins qui seront appelés à s'occuper d'assistance mentale aux colonies, une double spécialisation : connaissance de la médecine mentale connaissance

de la médecine coloniale, et c'est à cette double formation prise à la Faculté de Bordeaux par les médecins des troupes coloniales que l'on doit des découvertes cliniques intéressantes et l'intérêt qu'en certaines de nos possessions on a pu porter à un moment donné au problème de l'assistance mentale. Actuellement encore, l'enseignement spécial de neuro-psychiatrie et les stages qu'on leur assure à l'*Ecole d'application de Marseille* continuent cette heureuse tradition.

4) *Respecter les coutumes locales, utiliser un personnel indigène* ont été un souci constant de tous ceux qui ont eu à faire œuvre de psychiatres aux colonies. L'appel aux médecins ou aux auxiliaires médicaux indigènes est en usage en beaucoup de nos possessions ; beaucoup de nos confrères ont vanté la douceur, l'intelligence et la patience des infirmiers indigènes qu'ils employaient (Madagascar, A.O.F., Afrique du Nord). Le respect des coutumes locales, de certaines traditions a été un souci constant et souvent une condition favorable à l'assistance des aliénés aux colonies, soit qu'on puisse dans quelques cas encourager l'assistance familiale qui se trouve souvent dans les mœurs et se manifeste spontanément, soit qu'on crée, dans les asiles ou les colonies agricoles qui leur sont réservés, un cadre familial qui ne les déracine pas trop. L'exode lamentable des indigènes sur la Métropole a été définitivement supprimé. Partout où existent des hôpitaux mixtes, les services d'européens et d'indigènes ont été séparés.

5) *Ne pas perdre de vue les mesures législatives et administratives réglementant l'assistance de ces malades.* S'il n'y a pas eu de doctrine d'ensemble, et si les plus grandes différences existent d'une colonie à l'autre, allant de l'application pure et simple de la loi de 1838 (Algérie) jusqu'à l'absence totale de tout régime spécial (Maroc, A.O.F., A.E.F., Cameroun), un mouvement s'est dessiné cependant pour ne prendre de la loi de 1838 que les dispositions minima essentielles en certains cas et laisser pour le reste une plus grande souplesse et des adaptations commandées par la vie locale de chaque région, la diversité des groupes ethniques. Une législation univoque ne saurait être de mise, et, là encore, on tend à faire œuvre à la fois réaliste et plastique.

### L'assistance psychiatrique dans les diverses colonies

ALGÉRIE (7.000.000 d'habitants). — Les retards que l'Algérie a pu apporter dans son assistance mentale lui ont du moins permis de la réaliser suivant des conceptions très modernes.

*Historique.* — En 1912, à l'issue du Congrès de Tunis, une Commission nommée à cet effet et que présidait le Professeur Régis dressait un plan d'asile, de 1.200 lits à Blida, sur un terrain de 80 hectares offert par la Municipalité de cette ville (projet Mabilles-Saliège) et prévoyait un projet de Clinique psychiatrique universitaire de 100 lits à Alger. La guerre de 1914 suspendit tout.

En 1924, une Commission spéciale traçait, sur la proposition de son rapporteur, le Doyen J. Lépine, de Lyon, les grandes lignes d'un programme réalisé aujourd'hui dans sa majeure partie.

En 1929, les Délégations financières, réduisant de moitié les prévisions, votaient un crédit de 25 millions pour 750 places seulement. Par la suite le total des dépenses atteignit 40 millions mais la capacité fut portée à 1.200 lits, rapidement occupés et même dépassés.

Un arrêté du Gouverneur général en date du 15 mars 1933 donna la vie administrative à l'hôpital de Blida-Joinville. Les premiers malades y entraient le 13 juillet 1933. Rendons hommage ici aux Gouverneurs généraux Violette, Jules Carde et Le Beau, aux Directeurs de la Santé publique Lucien Raynaud, Lasnet et Gervais qui ont grandement aidé le conseiller technique dans la poursuite de cette organisation.

*Plan d'ensemble.* — Le grand principe est celui de *l'assistance en profondeur* sur plusieurs lignes, bien articulées entre elles, chaque formation devant répondre à des indications précises dans un plan d'ensemble :

a) une *première ligne d'assistance* a été réalisée par des services de psychiatrie dans les hôpitaux généraux d'Alger, Oran et Constantine, permettant l'admission rapide des cas aigus, assurant le bénéfice immédiat des ressources du laboratoire, des examens de spécialistes, aux malades entrés à la phase aiguë de leur psychopathie ;

b) une *seconde ligne d'assistance* est représentée dans le programme par des formations hospitalières entièrement spécialisées, autonomes, à distance du chef-lieu, là où on trouve les espaces nécessaires à de multiples pavillons différenciés par catégories de malades et à des terrains de cultures pour le travail des pensionnaires ;

c) quelques *formations accessoires* pour des catégories très spéciales de malades peu exigeants comme soins particuliers (vieillards, enfants, débiles, épileptiques).

J'ajoute qu'on s'est efforcé le plus possible de maintenir l'unité d'orientation et la synergie d'action de toutes ces formations à la Direction de la Santé publique. Le professeur de clinique psychiatrique est conseiller sanitaire technique à l'échelon du Gouvernement général, et les médecins des services d'Oran et de Constantine le sont à l'échelon du département. Le malade qui passe d'une formation dans une autre est suivi par son dossier.

*Les services de première ligne* sont au nombre de trois, tous inclus dans un hôpital général. Celui d'Alger, à l'hôpital de Mustapha, comporte 27 lits plus 16 cellules anciennes, améliorées. Il a commencé à marcher suivant sa nouvelle formule le 1<sup>er</sup> novembre 1934. Il fonctionne aussi comme Clinique universitaire (Prof. Ant. Porot, assisté d'un chef de Clinique).

Celui d'Oran est représenté par un Pavillon spécialement construit, mais à une échelle trop exiguë, et comporte 55 lits. Ouvert en 1933, il a d'abord été placé sous la direction du D<sup>r</sup> Livet, puis sous celle du D<sup>r</sup> Aubin, son titulaire actuel (médecin du cadre des hôpitaux psychiatriques de France).

Celui de Constantine dispose de 50 lits en petites salles de 3 à 6 lits ou en chambres d'isolement ; il dispose en outre de 12 cellules anciennes. Il est ouvert depuis octobre 1935 et confié au D<sup>r</sup> Ramée, médecin du cadre des hôpitaux psychiatriques de France.

Le fait nouveau et important, c'est que ces services sont *mixtes* et *bivalents*, fonctionnant à la fois comme services *ouverts* et *fermés*. Ils sont soumis à un *règlement* spécial promulgué sous forme d'instruction du Gouverneur général en date du 10 août 1934. J'en ai donné l'esprit et les principaux articles dans une communication à la Société médico-psychologique (1). On sait au surplus que ce régime plus libéral des *services ouverts* a fait l'objet d'une prescription ministérielle ultérieure en France (circulaire du 13 août 1937).

L'activité de ces services s'est montrée très grande et s'accroissait chaque année jusqu'en 1940. Il y passait chaque année de 1.000 à 1.200 malades (dont 500 environ à Alger, 500 à Oran et 200 à Constantine). On a vu diminuer progressivement le nombre des placements administratifs, seuls pratiqués jadis et appliqués avec une rigueur souvent excessive, et monter progressivement le nombre des entrées libres. En 1939, la proportion des premiers était tombée à 1/3 et celle des entrées en service ouvert était des 2/3.

(1) Voir *Annales Médico-Psychologiques*, N° 5, mai 1936.



Il s'est au surplus établi, dans ces services de première ligne, des *constantes* concernant la proportion des guérisons, décès, internements. C'est ainsi que le nombre des évacuations sur les services de deuxième ligne (Hôpital psychiatrique de Blida) n'est que de 30 à 40 %. Celui des sorties par guérison reste élevé et s'établit un peu au-dessus de 50 %. Quant à la *durée du séjour*, elle reste basse. En 1938, à Alger, par exemple, 373 malades sur 510 ont séjourné moins d'un mois, 129 de 1 à 3 mois. Tout ce qui paraît menacé de chronicité ou voué à une évolution d'une certaine durée fait l'objet d'une évacuation sur la deuxième ligne d'assistance.

Grâce aux statistiques établies avec soin par les chefs de services, sur des classifications identiques, on peut aussi prendre connaissance de l'importance respective de chaque forme mentale, voir le rôle important de certains facteurs et de certains fléaux sociaux.

L'hôpital psychiatrique de Blida-Joinville représente actuellement la deuxième ligne d'assistance. Il est situé à 2 km. de la ville de Blida et construit suivant le système pavillonnaire. Il existe à ce jour 21 pavillons destinés aux malades ; Indigènes et Européens sont séparés. Signalons l'aménagement d'une belle infirmerie médico-chirurgicale, d'un pavillon réservé aux tuberculeux avec galerie de cure, installation pour le pneumothorax — celle d'un pavillon d'enfants, d'épileptiques indigènes, de gâteux.

L'hôpital reçoit : 1° les évacués des services de première ligne qui représentent les 2/3 des admissions ; 2° un certain nombre d'admissions directes ; 3° des aliénés militaires (66 en 1940).

La proportion des hommes est d'environ 60 0/0 de l'effectif total. L'élément indigène compte pour 2/3 chez les hommes ; chez les femmes il y a une légère majorité d'Européennes.

La population hospitalisée s'est accrue à une cadence qu'on ne pouvait soupçonner. En 5 ans l'effectif a dépassé 1.800 malades. On comptait, dans les trois années qui ont précédé la guerre, une moyenne d'admissions de 6 à 700 malades par an, avec une moyenne de sorties de 3 à 400 ; ce qui fait que chaque année le plafond de l'effectif s'élevait de 250 à 300 unités. Il y eut à un moment donné un véritable engorgement. On dut ouvrir dans les hôpitaux d'Aumale et d'Orléansville, sis à plus de 100 km., des *annexes pour débiles et malades tranquilles* (350 lits), annexes visitées périodiquement par les médecins de l'hôpital psychiatrique de Blida. Le département de Constantine rapatria

aussi une centaine de déments tranquilles qu'il plaça dans des quartiers d'hospice à Bône et à El-Arrouche.

Il existe à l'hôpital de Blida quatre divisions médicales ayant chacune à leur tête un médecin-chef de service (D<sup>rs</sup> Sutter, Bardénat, médecins du cadre des hôpitaux psychiatriques de France, D<sup>rs</sup> Maurice Porot et Olry). A chaque division est attaché un interne. Il existe en outre plusieurs spécialistes commissionnés : un chirurgien, un oto-rhino-laryngologiste, un ophtalmologiste, un dentiste. Un poste de pharmacien chargé aussi du laboratoire vient d'être créé.

L'activité thérapeutique y est très grande. C'est ainsi qu'en 1940 il a été fait : 4.510 chocs insuliniques, 2.483 chocs au cardiazol, 383 ponctions lombaires, 5.805 examens de laboratoire. L'*électro-troc*, seul possible aujourd'hui, y est actuellement pratiqué sur une grande échelle et, au récent Congrès de Montpellier, nous avons pu apporter plus de 2.000 chocs électriques réalisés en une année à Blida.

Le *travail des malades* y a été poussé au maximum en ces dernières années : services généraux, ferme importante, ateliers de tressage de palmier nain, de vannerie pour les hommes, couture et filage de la laine pour les femmes. On estime que pour les hommes le travail absorbe près du quart de l'effectif des hospitalisés.

Après 7 ans de vie tourmentée par une croissance anormale et des besoins trop longtemps incompris et insatisfaits, l'hôpital psychiatrique de Blida possède aujourd'hui un équipement médical et technique qui en font un établissement plein de vie et d'activité féconde, d'un rendement vraiment intéressant du point de vue assistance.

*Formations accessoires.* — Quelques cellules d'isolement subsistent dans certains hôpitaux secondaires de l'intérieur. On s'est efforcé dans ces dernières années d'en assurer l'évacuation rapide et surtout de les soumettre à l'inspection du médecin psychiatre départemental.

Dans les hôpitaux militaires d'Alger, Oran et Constantine existent des services de neuro-psychiatrie. Celui d'Alger est assuré par un spécialiste militaire. A Oran et à Constantine des médecins spécialistes de ces villes sont parfois commissionnés pour assurer ces services.

La *neuro-psychiatrie infantile* n'existe encore que sous forme embryonnaire. L'inspection médicale des écoles dans les grandes villes a ouvert des consultations spéciales. Des classes spéciales

pour arriérés existent à Alger et Oran. A Alger, depuis quelques années, fonctionne un *Institut médico-pédagogique*, dirigé par M. Anglade, instituteur spécialisé, qui rassemble une centaine d'élèves, internes ou demi-pensionnaires. A l'hôpital Sainte-Elisabeth, aux Attafs, tenu par les Sœurs missionnaires de N.-D. d'Afrique, existe un *pavillon pour fillettes anormales*, fort bien tenu, mais groupant à peine une vingtaine de pensionnaires.

*Le service social.* — Le plan d'assistance mentale en Algérie comporte des *Dispensaires d'hygiène mentale* annexés aux services de première ligne. Seuls fonctionnent celui d'Alger depuis 1934 et celui d'Oran depuis 1938. Une *assistante sociale* en est la cheville ouvrière. Le dispensaire d'Alger assure trois consultations par semaine, dont une réservée aux enfants anormaux. Elles n'ont cessé de croître en importance. Le nombre des consultants est passé de 77 en 1934 à 701 en 1939, dont 633 adultes et 68 enfants (1).

*Programme d'avenir.* — Malgré l'arrêt imposé par les circonstances un programme d'avenir, soumis au Comité permanent d'hygiène le 11 juin 1942, prévoit le renforcement des services de première ligne, le développement de l'hôpital de Blida jusqu'à 2.000 lits, la création d'un hôpital psychiatrique dans le département de Constantine (350 lits), d'un autre dans le département d'Oran (800 lits, susceptible d'extension) et surtout la création d'une troisième ligne d'*assistance complémentaire économique, dépôts de chroniques et d'incurables* à bas prix de journée, des *centres de rassemblement et d'hébergement indigènes* installés à peu de frais, avec des conditions d'habitation et de nourriture rappelant leur modeste standard de vie habituel (2).

*Législation.* — La loi de 1838 a été rendue applicable à l'Algérie par décret du 5 octobre 1878, bien avant qu'existât un Asile. Elle joue dans sa plénitude pour les malades internés à l'hôpital psychiatrique de Blida. La protection et l'administration des biens y sont assurées par un membre de la Commission de surveillance, ancien magistrat.

Le *placement volontaire gratuit* n'y est pas pratiqué. Mais son organisation a fait l'objet d'une étude récente et seules les circonstances actuelles ont retardé sa mise en application.

(1) Voir sur ce sujet : EL. DEMASSIEUX, *Le Service social en psychiatrie, son application à la Clinique psychiatrique de l'Université d'Alger* (Thèse d'Alger, 1941).

(2) Il ne faut pas perdre de vue que la population de l'Algérie s'accroît à la cadence de 1.000.000 d'habitants tous les dix ans.

Les abus du *placement d'office*, seul connu jusqu'ici, ont été dénoncés par les médecins psychiatres des services de première ligne qui, comme nous l'avons vu, ont largement ouvert leurs services aux admissions directes.

La loi du 24 août 1940 contre l'alcoolisme a été rendue applicable à l'Algérie le 4 septembre 1940 et une loi du 25 octobre 1941 interdit la vente du vin et des boissons alcooliques aux Indigènes.

*En résumé*, nous pouvons dire que l'Algérie, partant de la table rase, a pu édifier une organisation d'assistance mentale d'emblée en rapport avec les idées actuelles, précédant même sur plusieurs points les prescriptions ministérielles qui ont cherché à moderniser les vieilles organisations métropolitaines. Huit années de pratique ont montré toute la justesse de ses conceptions et légitimé certaines innovations qui pouvaient paraître à première vue hors de l'orthodoxie traditionnelle.

MAROC (5.000.000 d'habitants). — Pays des grandes initiatives et des hommes d'action, le Maroc, à l'instigation du D<sup>r</sup> Colombani, directeur de la Santé publique, et sous la direction du D<sup>r</sup> du Mazel, médecin des hôpitaux psychiatriques, a organisé progressivement son assistance mentale.

*L'hôpital psychiatrique de Ber-Rechid* d'abord de capacité modeste s'est développé par la suite et possédait, en 1937, 400 pensionnaires, en majeure partie indigènes. Son éloignement des grandes villes a entraîné la création à l'*hôpital civil de Casablanca* d'un *pavillon moderne* très bien aménagé et très bien conçu, assimilable aux services de première ligne de l'Algérie. Il est surtout réservé à la population européenne (qui n'est que de 200.000). Le D<sup>r</sup> Pierson, actuellement chargé de la direction de ces deux services, nous a donné sur leur fonctionnement de précieux renseignements (1). Une collaboration étroite et effective existe entre les deux établissements, puisque le médecin directeur de Ber-Rechid est aussi le médecin du service ouvert de Casablanca. En 1937 les entrées ont été de 234 à Casablanca et de 195 à Ber-Rechid.

En outre de ces deux formations principales, existent dans les hôpitaux indigènes des villes des chambres d'isolement pour les urgences, mais d'où les malades sont rapidement évacués sur Ber-Rechid. A Marrakech, centre de grande densité indigène, existe un petit pavillon d'isolement sous la direction du médecin-

(1) PIERSON. — Discussion du Rapport Aubin. *Congrès des Aliénistes*. Alger, 1938, p. 187.

chef de l'hôpital indigène aidé d'un infirmier rendu compétent par un stage antérieur à Ber-Rechid. Un projet semblable est à l'étude pour Fez. Quelques séniles tranquilles sont transférés à l'asile de vieillards de Ben-Ahmed.

Tous les *médecins* sont du cadre métropolitain des hôpitaux psychiatriques. Le *personnel subalterne* est mixte, infirmiers européens et auxiliaires indigènes.

La *législation* très réduite se borne à une circulaire résidentielle de juin 1922, réglementant la mise en observation des Européens en placement d'office, et exigeant : enquête, certificat médical détaillé, arrêté du Pacha pour les villes, du Caïd pour les campagnes, contresigné par les autorités du contrôle. Le médecin seul décide de la sortie. Enfin, comme dans les services de première ligne d'Algérie, un même service juxtapose malades *internés* et malades *libres*.

La *protection des biens* se fait sur l'initiative du médecin quand il croit devoir la provoquer.

Comme le dit le D<sup>r</sup> Pierson, cette *réglementation minima* qui a 20 années d'existence n'a pas donné lieu à des incidents « pourvu que le médecin aliéniste sur qui tout repose n'abandonne pas son rôle qui comporte initiative et décision ».

TUNISIE (3.500.000 habitants). — Alors que rien n'existait en Tunisie auparavant, j'ai pu, en 1911, faire créer à l'hôpital civil français de Tunis un des premiers services de psychiatrie ouverts dans un hôpital général. Il fut inauguré en 1912, lors du Congrès des aliénistes. Par la suite il a été rénové et agrandi. Il fonctionne encore comme service d'observation avec une consultation externe de neuro-psychiatrie. Il fut longtemps le seul organisme d'assistance mentale en Tunisie et se trouve actuellement dirigé par le D<sup>r</sup> Lamarche.

Mais en 1932, après de laborieuses négociations, s'est ouvert à la Manouba, à 8 km. de Tunis, sur un terrain de 32 hectares, un *hôpital psychiatrique* de près de 300 lits qui pourrait très bien par sa proximité de la capitale et ses installations modernes servir de type à ces *centres neuro-psychiatriques totaux* envisagés par Aubin. En réalité, le voisinage du pavillon de l'hôpital civil français lui fait faire figure d'établissement de seconde zone, peuplé surtout de chroniques. Cet établissement a toujours eu à sa tête des médecins du cadre métropolitain (D<sup>r</sup> Perrussel, D<sup>r</sup> Mareschal). Il semble, d'après les déclarations du D<sup>r</sup> Mareschal, que le manque de crédits ait gêné le développement de l'établissement de la Manouba dont l'encombrement a été dénoncé.



La loi de 1838 n'a pas fait l'objet d'une ratification beylicale spéciale, mais elle est pratiquement appliquée à la suite d'un arrêté résidentiel qui rend cette loi obligatoire pour les Européens (1).

On trouve encore, à *la Tekia*, une survivance des anciennes garderies d'aliénés indigènes, où végètent quelques vieux pensionnaires appelés à disparaître par extinction.

PROCHE-ORIENT (2). — Le *Liban* (650.000 habitants) possède quatre asiles privés, dont trois congréganistes de faible capacité (10 à 60 lits). Un seul, *Asfourieh*, à 12 km. de Beyrouth, d'une capacité de 500 lits, fonctionne comme asile public.

Au *Levant*, la *République syrienne* (2.000.000 d'habitants) possède à Damas un asile (Ibn Sina) dirigé par un ancien élève de la Faculté de Beyrouth. Cet établissement de 125 lits, unique, ouvert en 1923, est surtout destiné à l'internement des anti-sociaux dangereux et incurables. Des projets d'extension seraient en cours.

INDOCHINE (20.000.000 d'habitants). — L'Indochine, dit Aubin, est, parmi nos colonies lointaines, la seule qui ait fait un sérieux effort d'assistance mentale. On le doit à l'effort soutenu de médecins coloniaux et locaux, Raugé, Reboul, Prouvost, Lannelongue, Augagneur, pour ne citer que les premiers en date. Deux grands asiles fonctionnent déjà :

*Bien Hoa*, à 33 km. de Saïgon, abrite 700 malades environ, répartis en 14 pavillons (moyenne annuelle de 150 entrées, 140 sorties). Ouvert depuis 1918, dirigé actuellement par un médecin du cadre des hôpitaux psychiatriques (D<sup>r</sup> Sonn) assisté de médecins locaux, cet établissement, qui couvre 14 hectares, a organisé d'une manière remarquable le travail (purement agricole) des malades. Le chiffre des sorties (80 % par guérison) témoigne de sa valeur médicale, diminuée malheureusement par son éloignement d'un grand centre.

*Voï*, à 63 km. d'Hanoi, ouvert en 1934, abrite déjà 400 malades et doit limiter le nombre des entrées. Un médecin des troupes coloniales en assure la direction (D<sup>r</sup> Grinsard). Il est à souhaiter que les établissements en voie d'exécution, moins isolés, puissent pré-

(1) MARESCHAL. — Discussion du Rapport Aubin. *Congrès des Aliénistes*, Alger, 1938, p. 193.

(2) Tous les renseignements qui suivent sur diverses colonies sont empruntés au rapport du D<sup>r</sup> Aubin.

tendre à une assistance plus complète, en particulier pour les aigus.

Le *Cambodge*, qui jusqu'ici envoyait ses malades à Bien-Hoa, construit à 6 km. de Phnom-Penh, un hôpital psychiatrique pour 200 malades.

L'*Annam* et le *Laos* évacuent leurs malades soit sur Bien-Hoa, soit sur Voï. Un pavillon spécial est prévu au voisinage des hôpitaux de *Hué* et de *Vientiane*.

Les *services ouverts* de psychiatrie existent dans les hôpitaux généraux : les plus importants, ceux d'Hanoï (hôpital René Robin à Mach-Mai) et de Saïgon-Cholon (Choquan) sont destinés, en raison de l'éloignement des asiles respectifs qu'ils desservent, à prendre une grande importance pour le dépistage et le traitement précoces des psychoses. Ils sont confiés tous deux à d'anciens élèves de l'école de Bordeaux passés à l'assistance médicale indigène (D<sup>rs</sup> Derolle et Baccialone). A Choquan, il y a déjà un gros mouvement de malades (près de 400 entrées, autant de sorties en 1936), malgré les locaux défectueux, éparpillés et insuffisants. Un bâtiment en projet permettra un meilleur fonctionnement du service ; les délinquants peuvent être examinés et suivis dans des cellules spéciales, jouant le rôle d'*annexe psychiatrique de la prison*. Le pavillon d'observation de Bach-Mai comprend 25 lits, les malades y sont examinés avant leur envoi à Voï. Six lits à l'hôpital de Hué, neuf à celui de Phnom-Penh, des cellules dans les divers hôpitaux complètent ces organismes hospitaliers. Signalons encore une *colonie agricole* pour 150 enfants délinquants et enfants abandonnés (à Tri-Cu), soumis à la direction médicale du médecin de Voï, et un *asile d'incurables* dans la province de Hadong.

*Législation.* — Le statut des aliénés est régi par le décret du 18 juillet 1930, complété par le règlement d'assistance du 20 juillet 1931. Ce décret s'inspire de la loi fondamentale de 1838 et y ajoute quelques-unes des améliorations projetées, bien adaptées à la situation des psychopathes en Indochine. Si bien que la législation de cette colonie se trouve en avance sur celle de la Métropole (Lefèvre) (1). Elle prévoit par exemple le traitement à domicile avec curatelle, la décision du tribunal pour rendre l'internement définitif.

(1) R. LEFÈVRE. — L'assistance psychiatrique en Indochine. XXXV<sup>e</sup> Congrès des Médecins Aliénistes et Neurol., Bordeaux, 1931.

MADAGASCAR (3.823.000 habitants). — Dès 1902, on s'est occupé de l'assistance aux aliénés (hôpital de Fenaorivo). En 1912, le Dr Vital Robert, médecin des troupes coloniales, fait créer l'asile d'Anjanamasina, à 18 km. de Tananarive, qui compte 200 malades environ avec un mouvement de 50 entrées annuelles. A 5 km., une annexe est destinée aux *convalescents tranquilles* et sans ressources. A proximité de l'asile fonctionne une *colonie pénitentiaire pour les jeunes délinquants* (depuis sa création en 1901, cette formation s'est occupée de 600 sujets). Un médecin indigène est affecté en permanence dans ces formations qu'inspecte deux fois par semaine le médecin européen chargé de ce service.

La loi française de 1838 a été rendue exécutoire à la date du 6 janvier 1912.

Soulignons les mesures énergiques prises par les gouverneurs. Galliéni et Augagneur pour enrayer les fléaux menaçants de l'alcoolisme et du chanvre indien dans ce pays.

A.O.F. (14.000.000 d'habitants). — A.E.F. (3.500.000 habitants). — CAMEROUN (3.400.000 habitants). — Aucun établissement spécialisé encore dans ces pays. Mais des projets sont à l'étude. Toute l'œuvre d'assistance s'est orientée vers la lutte contre les endémies tropicales, la trypanosomiase en particulier. La présence de psychiatres y a permis un dépistage précoce (G. Martin).

ANTILLES FRANÇAISES. — La *Guadeloupe* a créé, dès 1852, un asile à St-Claude, qui abrite 400 pensionnaires. La *Martinique* doit édifier prochainement à Ste-Marie-St-Jacques un asile destiné à remplacer celui qui fut détruit en 1902 par l'éruption de la Montagne Pelée.

LA RÉUNION possède un petit asile de 113 malades.

### La contribution scientifique

Il nous paraît légitime, maintenant, de rappeler ici, en un raccourci succinct, les travaux que la psychiatrie coloniale a pu susciter. Beaucoup sont des études fragmentaires ; mais quelques-uns cependant ont mis au point certains problèmes de clinique ou de pathologie générale intéressants.

# 1° PSYCHOPATHOLOGIE ETHNIQUE. — MENTALITÉS PRIMITIVES ET PSYCHONÉVROSES

Cazanove (1) a montré, derrière les manifestations psychopathologiques des indigènes de l'A.O.F., la mentalité primitive et le sentiment religieux. Il a souligné la croyance aux diables et aux divinités malfaisantes, aux sorcières et à la lycanthropie, le rôle des sociétés secrètes dans la production des délires collectifs.

Aubin a repris avec ampleur et complété cette étude dans son « *Introduction à l'étude de la psychiatrie chez les Noirs* » (2). Il a souligné la fréquence du « reniement » systématique des troubles en rapport avec un sentiment de danger magique, la fréquence des accès de fureur, de l'onirisme terrifiant, du suicide, des bouffées délirantes, des états dépressifs.

Concernant les indigènes nord-africains, nous avons nous-mêmes, à plusieurs reprises, attiré l'attention sur ces éléments particuliers. Une première esquisse a été donnée à l'occasion de la guerre de 1914-1918 (3). Avec Hesnard, nous avons décrit ces « *syndromes miniques de stupeur et d'inhibition* » fréquents dans les psychoses de guerre (4) et que nous avons retrouvés depuis dans la pratique civile, sans altération du fond mental. Nous avons souligné la débilité foncière, la suggestibilité, la croyance aux « djennouns », si fréquemment en cause en pareil cas. Nous avons repris avec Sutter plus en détail ce problème du « *primitivisme* » et de son incidence en pathologie mentale (5). Notre élève, Mlle Suz. Taïeb, a consacré sa thèse à l'étude des « *Idées d'influence et de possession dans la psychologie normale et pathologique de l'indigène nord-africain* » (6) — travail extrêmement documenté et riche d'observations pittoresques.

Rappelons aussi, en matière de psychonévrose collective et de contagion mentale, l'étude de Lefèvre sur les « *Aïssaouas* » (7)

(1) Congrès de Tunis, 1912. Comptes rendus, p. 72.

(2) *Annales médico-psychologiques*, janvier et février 1939.

(3) Notes de psychiatrie musulmane. *Annales médico-psychologiques*, mai 1918.

(4) POROT et HESNARD. — *Psychiatrie de guerre*, Paris, Alcan, 1919.

(5) A. POROT et SUTTER. — Le primitivisme indigène nord-africain et son incidence en pathologie mentale. *Sud Médical et Chirurgical*, avril 1939 (N° spécial, sous la direction du P<sup>r</sup> H. Roger, consacré à la neuro-psychiatrie exotique).

(6) *Thèse d'Alger*, 1939.

(7) Congrès de Tunis, 1912. Comptes rendus, p. 187.

et des faits curieux d'*eehomimie* et d'*echokinésie*, rapportés par Jules Lévi (1) et par nous-mêmes (2).

De ces études et de diverses observations isolées, résulte ce fait que des manifestations psychonévrosiques grossières et caricaturales sont fréquentes chez les indigènes du fait de leur suggestibilité et de leur mentalité primitive. Ces données éclairent le mécanisme de l'hystérie, de la simulation, si profondément rattaché au problème psychologique de la sincérité et de la croyance. En milieu militaire indigène, Fribourg-Blanc, Costedoat ont retrouvé ces mêmes manifestations et montré la difficulté parfois très grande de leur diagnostic avec l'épilepsie.

## 2° AFFECTIONS NEURO-PSYCHIQUES

La *trypanosomiase* a été largement étudiée par les médecins coloniaux à qui l'on doit la mise au point de sa symptomatologie neuro-psychique. Rappelons le très important mémoire, couronné par l'Académie de Médecine, de Gustave Martin et Ringenbach (3) qui en ont étudié toutes les modalités cliniques et montré certaines similitudes avec la méningo-encéphalite de la paralysie générale. Thiroux a de son côté apporté quelques observations d'aliénation mentale de cette origine (4). Ces mêmes auteurs, ainsi que Granjux, Régis, ont souligné l'intérêt médico-légal de ces troubles au début de la maladie.

La *neuro-syphilis exotique* et la *paralysie générale indigène* ont fait l'objet de nombreuses publications, que nous ne pouvons toutes citer. Les idées ont évolué sur ce point. La prétendue immunité des peuples primitifs n'est plus guère admise et sa fréquence en certains pays où les indigènes côtoient les Européens y est presque égale. C'est que, ainsi que nous l'avons fait remarquer, les conditions de prospection étaient défectueuses. Du jour où l'on a pu avoir des centres de rassemblement, des asiles, des services de psychiatrie — c'est le cas de l'Afrique du Nord — on s'est aperçu que la rareté de la paralysie générale était très relative. C'est du moins ce qui ressort des travaux les plus récents.

(1) Congrès des aliénistes et neurologistes, Tunis, 1912. Comptes rendus, p. 196.

(2) Société de médecine d'Alger, 25 mars 1922.

(3) *L'Encéphale* (juin et août 1910).

(4) Congrès des aliénistes et neurologistes, Bruxelles-Liège, 1910 ; Comptes rendus. p. 74.



Porot et Bardenat (1), Mareschal et Chaurand (2), Olry (3), H. Roger (4), Donnadiou (5). Déjà, à Alger, le Professeur Maurice Raynaud, à la Clinique des maladies des pays chauds (qui est en même temps Clinique de vénéréologie), avait insisté sur la fréquence des réactions méningées chez l'indigène syphilitique et avait inspiré toute une série de travaux à ses élèves : Lacroix, Goëau-Brissonière, Marill, tendant à ramener la syphilis nerveuse de l'indigène sur le même plan que celle de l'Européen. »

Il semble bien que toutes les belles théories pathogéniques inspirées par cette « syphilis exotique » et son absence de neuro-tropisme reposent sur des bases fragiles et risquent de s'évanouir devant l'accumulation des faits. Les travaux nord-africains ont puissamment contribué à la révision en cours de ces problèmes de pathologie générale. Les observations de Derolle, en Indochine, sont venues corroborer cette opinion. Chez les Noirs on manque encore d'une documentation suffisante (Aubin).

*L'épilepsie* a été découverte avec une fréquence inusitée chez l'indigène nord-africain, spécialement sous sa forme mentale. Mon élève Sutter qui, dans sa thèse (6), apporte une statistique portant sur 1.838 malades mentaux traités dans les formations psychiatriques de l'Algérie, montre un pourcentage d'épilepsies mentales qui est de 9,7 % chez l'indigène, tandis qu'il est seulement de 4,7 % chez l'Européen. Le plus souvent cette épilepsie mentale se présente sous forme de fugues propulsives ou d'accès de manie coléreuse particulièrement violente, et de ce fait très dangereux. Elle conditionne bien souvent l'impulsivité criminelle si spéciale à l'indigène.

*L'insolation* et ses troubles neuro-psychiques ont été bien étudiés par Régis (7) qui a souligné le caractère spécial de son amnésie, déjà signalé par Le Dantec.

(1) POROT et BARDENAT. — A propos de 40 cas de paralysie générale indigène. *Soc. de médecine d'Alger*, 17 déc. 1937.

(2) MARESCHAL et CHAURAND. — *Congrès des alién. et neurol.*, Nancy, 1937.

(3) OLRV. — La paralysie générale chez les indigènes musulmans de Tunisie. *Thèse de Marseille*, 1940 (à consulter pour la bibliographie).

(4) H. ROGER. — Neuro-syphilis exotique. *Marseille Médical*, 16 juin 1939.

(5) DONNADIEU. — Situation actuelle de la syphilis nerveuse indigène à forme mentale. *Marseille Médical*, 15 juin 1939.

(6) SUTTER. — L'épilepsie mentale chez l'indigène nord-africain. *Thèse d'Alger*, 1937.

(7) RÉGIS. — *Précis de Psychiatrie*.

## 3° LES PSYCHOSES INFECTIEUSES

Nous avons déjà mentionné les études sur la *trypanosomiase*.

*Neuro-paludisme et psychoses paludéennes.* — Contrairement aux idées anciennes qui imputaient à l'alcoolisme ou à la prédisposition morbide les troubles mentaux du paludisme (psychoses d'emprunt), l'infection paludéenne peut créer directement ces psychoses. L'Ecole de Régis, Hesnard en particulier (1), a bien précisé les caractères qui les différencient des psychoses éthyliques. Nous-mêmes avons apporté deux contributions d'ensemble sur les aspects cliniques de ces psychoses. Avec Gutman, à l'occasion du paludisme d'Orient (1917-1918), nous avons esquissé les principales formes cliniques et la pathogénie (2). Dans sa thèse toute récente faite sur notre inspiration et avec nos documents (25 observations), Kammerer (3) a repris l'étude de tous les problèmes soulevés par le paludisme en pathologie mentale : psychoses directes du paludisme, délires secondaires des paralytiques généraux impaludés, troubles mentaux dus aux thérapeutiques récentes (atébrine). Rappelons aussi les formes mixtes neuro-psychiques : psycho-polynévrites (Hesnard) ; pseudo-paralysies générales, etc... ; les séquelles neuro-psychiques imputées au paludisme (4), les rapports avec l'épilepsie (5), soulevés par la question des paralytiques généraux impaludés. Ce chapitre de neuro-psychiatrie exotique a été en grande partie écrit par des médecins français.

*Neuro-brucelloses et psychoses mélitococciques.* — On connaît les importants travaux consacrés par H. Roger, de Marseille, et ses élèves, aux méningo-brucelloses (6). Moins fréquentes que les formes radiculo-névritiques, les formes psychiques pures ou associées ne sont pas des raretés cliniques. Récemment,

(1) HESNARD. — Le diagnostic différentiel des délires paludéen et éthylique. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1912.

(2) POROT et GUTMAN. — Les psychoses du paludisme. *Paris Médical*, 29 déc. 1917 et 30 mars 1918.

(3) KAMMERER. — Les psychoses du paludisme. *Thèse d'Alger*, 1942 (se reporter à ce travail pour la bibliographie de la question).

(4) HESNARD. — Les suites éloignées du paludisme au point de vue neuro-psychique. *Rapport au XVII<sup>e</sup> Congrès français de médecine* (Bordeaux, 1923) et discussion.

(5) POROT. — Paludisme et épilepsie, *Réunion neurologique internationale*, Paris, 1932 ; *Revue Neurologique*, juin 1932, p. 1302.

(6) H. ROGER et Y. POURSINES. — *Les méningo-brucelloses*, Paris, Masson, 1938.

Aubin et Camatte ont publié (1) une note sur ces psychoses méli-tococciques ; Porot, Bardenat et Leonardon, d'une part (2), Salle et Sutter, d'autre part (3), ont attiré l'attention sur les formes délirantes aiguës.

*Dengue.* — Ses troubles psychiques ont été étudiés par Valleteau de Moulliac et Cazamet (4) et ramenés à la confusion mentale.

*Typhus exanthématique.* — La violence du délire, les idées fixes post-oniriques étaient bien connues des anciens auteurs qui avaient décrit en particulier le typhus de la guerre de Crimée. J'ai rappelé ces manifestations à propos d'une épidémie de typhus observée en Tunisie en 1911 et souligné le neurotropisme de cette pyrexie (5).

*Fièvre récurrente.* — J'ai signalé aussi la fréquence et la violence des réactions délirantes et des fugues, du moins chez l'indigène, dans cette maladie (6).

#### 4° LES TOXICOMANIES

L'alcoolisme colonial a été bien souvent dénoncé et a fait l'objet de campagnes actives déjà anciennes (7). Périodiquement, des cris d'alarme sont jetés, surtout sur le péril qu'il fait courir aux indigènes qui se précipitent sur l'alcool avec une immodération propre à tous les primitifs. Reboul et Régis, dans leur Rapport de 1912, ont mentionné ses dangers. Vital Robert nous a dit, à cette occasion, ce que des Gouverneurs énergiques avaient pu obtenir à Madagascar. Certains pays ont réussi à se protéger à peu près par des mesures sévères ; c'est le cas du Maroc. En Algérie, le péril devenait grave ; nous l'avons dénoncé dans nos

(1) AUBIN et CAMATTE. — *Annales médico-psychologiques*, janvier 1942.

(2) POROT, BARDENAT et LEONARDON. — *Annales médico-psychologiques*, janvier 1942.

(3) SALLE et SUTTER. — *Annales médico-psychologiques*, janvier 1942.

(4) VALLETEAU DE MOUILLAC et CAZANET. — *Encéphale*, janvier 1941.

(5) Symptômes nerveux et complications nerveuses du typhus exanthématique. XIX<sup>e</sup> Congrès des méd. alién. et neurol., Nantes, 1909. — A propos des signes cliniques du typhus exanthématique, *Paris Médical*, 8 nov. 1919.

(6) Délire et réactions psycho-motrices dans la fièvre récurrente de l'indigène. *Soc. de pathol. exot.*, 11 juillet 1917.

(7) LEGRAIN. — La question de l'alcoolisme aux colonies. *Pressé Médicate*, 27 février 1909.

Rapports annuels et dans des articles médicaux (1). 60 % des indigènes internés à Blida sont des alcooliques (2). Leur ivresse est toujours tragique et nous avons souligné son rôle important dans la criminalité de ce pays. Ainsi que nous l'avons dit, une loi récente a interdit la vente du vin et des boissons alcooliques aux indigènes, mais le trafic clandestin du vin, si abondant en ce pays, n'a guère fait reculer le péril, ainsi que nous avons pu le constater après une année d'application de la loi.

L'*opiomanie* ne touche guère que nos possessions d'Extrême-Orient, mais y crée un danger grave pour les fonctionnaires civils et militaires. Rappelons les exposés déjà anciens de Jeanselme (3), d'Abadie (4) et les études toxicologiques plus récentes de Guichard et Nguyen-Kim-Kinh (5).

L'*heroïnomanie*, venue d'Extrême-Orient, a poussé en ces dernières années une offensive dans le bassin de la Méditerranée, après avoir touché l'Égypte, la Turquie, a gagné la Tunisie en 1935, où elle a été dénoncée par Mareschal (6), puis l'Algérie où nous avons eu à la combattre (1936-1939). Il s'agissait d'une pénétration systématiquement organisée visant surtout la classe pauvre ou les jeunes bourgeois indigènes.

A l'aide d'une documentation tirée des Bulletins de la Société des Nations (Commission du trafic de l'opium et autres drogues nuisibles), j'ai pu faire un exposé de la situation mondiale et de la lutte entreprise dans le plan international contre ce fléau (7).

Le *cannabisme* (chanvre, haschich) continue ses ravages dans certaines de nos colonies et en particulier en Algérie, où sont nombreux les « fumeurs de kif ». La Tunisie possède un des savants les plus avertis en la matière, M. Bouquet, Inspecteur des pharmacies de la Régence, à qui l'on doit des recherches personnelles et une documentation qui lui ont valu d'être un des

(1) ANT. POROT. — L'alcoolisme en Algérie. *Bulletin sanitaire de l'Algérie*, août 1940.

(2) MAURICE POROT et GENTILE. — Alcoolisme et troubles mentaux chez l'indigène musulman algérien. *Id.*, mai 1941.

(3) JEANSELME. — Fumeurs d'opium. *Revue générale des Sciences pures et appliquées*, 1907. — La lutte contre l'opium ; historique et programme. *Journal médical français*, 15 juin 1914.

(4) ABADIE. — *Journal médical français*, 15 juin 1914.

(5) *Bull. Société méd. chir. de l'Indochine*, oct. 1936.

(6) MARESCHAL. — L'heroïnomanie en Tunisie. *XXI<sup>e</sup> Congrès des alién. et neurol.*, Naney, 1937, p. 255.

(7) A. POROT. — La lutte contre l'opium et les stupéfiants sur le plan international en ces dernières années. *Annales médico-psychologiques*, février-mars 1941.

experts les plus écoutés à Genève. La réglementation du chanvre, titré rigoureusement et assez bas, vendu par les Monopoles en Tunisie, a fait diminuer considérablement les ravages de cette plante toxique. Nous avons rappelé dans une Revue générale récente (1) tout ce que l'on doit connaître de ce problème. Nous avons, en particulier, souligné ses rapports avec la démence précoce et prouvé son influence sur la criminalité, contestée par beaucoup qui le considèrent encore, à tort, comme inoffensif.

*Le thêisme.* — On a signalé et étudié en Tunisie, depuis quelques années (2), l'abus que faisaient les indigènes du thé *en décoction*, bouilli jusqu'à épuisement, au cours de veillées qui se prolongeaient parfois fort tard dans la nuit. Cette habitude fâcheuse s'est généralisée de façon alarmante, puisque l'importation était passée de 272.000 kgs en 1913 à 1.480.000 kgs en 1935. Elle rend les indigènes inaptes au travail du lendemain, se substitue à une alimentation normale et met ces sous-alimentés en état de déficience organique et mentale, avec parfois des délires hallucinatoires. Cette toxicomanie est propre à la Tunisie. Le Marocain, qui boit son thé *en infusion*, y échappe, mais c'est surtout, comme viennent de le montrer des expériences récentes d'Edmond Sargent, Directeur de l'Institut Pasteur d'Alger (3), que le thé *noir* employé en Tunisie est seul toxique, tandis que le thé *vert* utilisé par les Marocains ne l'est pas. Tous les moyens fiscaux et de réglementation policière se sont avérés impuissants, et la propagande active, l'éducation des masses sont les seules armes efficaces (Dinguizli, Mazères).

## 5° MÉDECINE LÉGALE

La pathologie mentale coloniale soulève de nombreux problèmes médico-légaux et a fourni dans ce domaine des études intéressantes. Nous ne pouvons rappeler ici tous les travaux de Régis (4) et de ses élèves (5), ni ceux des médecins militaires qui

(1) Le Cannabisme. *Annales médico-psychologiques*, janv. 1942. On y trouvera les principales références bibliographiques, spécialement sur les travaux tunisiens.

(2) DINGUIZLI. — Communication à l'Académie de Médecine, 1926.

MAZÈRES. — Existe-t-il une question du « thêisme », fléau social en Tunisie ? *La Tunisie Médicale*, novembre 1936.

(3) Ed. SERGENT. — *Annales de l'Institut Pasteur d'Alger*, décembre 1941.

(4) REBOUL et RÉGIS. — *Rapport au Congrès de Tunis*, 1912, p. 15.

(5) CAVASSÉ. — Les dégénérés dans l'armée coloniale. *Thèse de Bordeaux*, 1903.



ont passé au crible de leur examen les nombreux instables, déséquilibrés ou tarés qui s'engageaient autrefois dans l'armée coloniale. Les neuro-psychiatres de l'armée et de la marine (Simonin, Jude, Hesnard, Chavigny, Fribourg-Blanc, Gauthier, Pommé, Potet, Costedoat) ont trouvé là un vaste champ d'étude qui a été largement prospecté, ainsi que la clinique pénitentiaire des bagnes et des bataillons d'Afrique. Avant eux, Pactet et Colin avaient déjà recueilli d'intéressantes observations. Elle nous a fourni une documentation exceptionnelle pour notre étude sur la « *simulation des maladies mentales* » (1).

Il est bien d'autres aspects de la médecine légale dans le domaine colonial : les réformes, les séquelles neuro-psychiques des infections. Nous y avons fait allusion chemin faisant.

Quant à la *criminalité indigène*, elle est d'un grand intérêt. Elle implique une connaissance de la psychologie normale et pathologique, du coefficient de réactions propre à chaque race. Nous avons signalé au passage les belles études de Cazanove, d'Aubin. Nous-même avons eu, au cours de notre longue pratique médico-légale en pays nord-africain, à découvrir des particularités fort intéressantes chez ces primitifs qu'on ne saurait juger à notre barème. Mentionnons quelques publications sur « *l'impulsivité criminelle de l'indigène algérien* » (2), sur la *xénophobie* (3).

(1) *Rapport au Congrès des aliénistes et neurologistes*, Luxembourg, 1921.

(2) A. POROT et ARRI. — L'impulsivité criminelle de l'indigène algérien. *Annales médico-psychologiques*, décembre 1932.

(3) A. POROT. — La xénophobie devant la Médecine légale. VI<sup>e</sup> Congrès de médecine légale, Paris, mai 1931.

---

# VERS UNE PSYCHIATRIE SOCIALE

PAR

JACQUES VIÉ

Le caractère social de la psychiatrie découle de la nature même de son objet. La fonction essentielle du système nerveux supérieur est de mettre l'être humain en relation avec l'ambiance, et non seulement d'enregistrer les impressions venues de l'extérieur et d'émettre des réponses motrices, mais d'adapter ces réactions aux circonstances plus ou moins complexes de la vie, particulièrement aux rapports de l'homme avec ses semblables.

Si le déroulement normal de ces fonctions de relation exige l'intégrité anatomo-physiologique de l'organe de la pensée, d'autre part la tâche demandée à cet organe doit se tenir dans les limites des possibilités que la nature lui assigne, limites variables avec chaque individu. Et lorsque les sollicitations dépassent dans leurs variations les capacités du système nerveux, surviennent des ratés, des dysrythmies, des insuffisances, qui constituent toute une pathologie fonctionnelle. Dans sa genèse, le rôle de l'ambiance sociale apparaît aujourd'hui évident.

## I. Origines de la psychiatrie sociale

Il n'en a pas été toujours ainsi. Certes, dans le VIII<sup>e</sup> et IX<sup>e</sup> livres de la *République*, Platon établissait déjà une corrélation entre l'état de la cité et la vie psychologique des individus : aux luttes et aux dissensions civiles répondaient le trouble et le déséquilibre dans l'âme des citoyens. Mais dans la suite, il nous faut atteindre le XVIII<sup>e</sup> siècle de notre ère pour retrouver, avec la notion du lien social, celle de ses répercussions psychiatriques. Voltaire définit la folie en fonction du comportement et de ses incidences sociales : « C'est, écrit-il, d'avoir des idées incohérentes et la conduite de même » ; il en marque les conséquences pour le

malade : « Ne pouvant gérer ses biens, on l'interdit ; ne pouvant avoir des idées convenables à la société, on l'en exclut ; s'il est dangereux, on l'enferme ; s'il est furieux, on le lie ; quelquefois on le guérit par les bains, par la saignée, par le régime... ». A.-S. Tissot, de Lausanne, à la même époque, s'inquiète de la santé des gens de lettres, surmenés par la vie mondaine ; mais, émule de Rousseau, il envisage les facteurs sociaux de façon globale, sous l'angle d'un pessimisme moralisateur, repris à travers tout le XIX<sup>e</sup> siècle par les auteurs qui rechercheront les « causes morales de la folie », et échoueront dans des généralités métaphysiques, ou des considérations normatives.

Cabanis, génial précurseur, avait mieux saisi l'essentiel du problème. Il comprend que la société se doit de porter remède à des troubles qui résultent de son organisation défectueuse, et dans son opuscule : « Quelques principes et quelques vues sur les secours publics », il jette les bases d'une assistance aux aliénés dans laquelle, *pour la première fois*, le médecin joue le rôle capital.

Mais l'échec partiel de la Révolution française, qui en a brisé l'élan social, laisse les plus infortunés des malades mentaux, les aliénés de province, à l'abandon dans les dépôts de mendicité, dans les cabanons des hospices, parfois dans les prisons. La loi de 1838 répondait à une nécessité urgente. Comment a-t-elle pu, d'emblée, constituer ce monument médico-législatif solide, durable, que les autres nations ont bientôt adapté à leur usage, et qui subsiste encore intégralement ? C'est que, longuement méditée, elle reposait sur des bases solides : elle répondait à un besoin social profond, elle s'appliquait à une catégorie bien définie de sujets, elle s'appuyait sur une médecine mentale en possession de méthodes sûres. Sa limitation faisait sa force, et dans l'introduction aux *Annales Médico-psychologiques* en 1843, Baillarger, Cerise et Longet pouvaient constater que « l'aliénation mentale a pris dans la clinique médicale et dans les conseils administratifs le rang qui appartient aux grandes infortunes ».

A cette phase de réalisation pratique succède une nouvelle période de méditation et d'étude. Déjà Moreau de Tours, au cours de « Recherches sur les aliénés en Orient » (1843), relève l'action qu'exercent sur les troubles mentaux le type de civilisation, les mœurs, les habitudes, les institutions : le créateur de la psychologie pathologique est aussi l'initiateur de la psychiatrie comparée. Le positivisme s'annonce. Dans une curieuse série d'« Etudes sur la folie au point de vue biologique et social » que publie de 1875 à 1878 la *Philosophie positive*. A. Ritti appli-

que à la médecine mentale la loi des trois états d'Auguste Comte, mais il se place au point de vue ethnographique ou anthropologique plus qu'il ne précise les données sociales proprement dites et seulement sur le plan de l'étiologie. Plus près de nous, l'essor de l'école sociologique n'a pas porté beaucoup de fruits en psychiatrie : méthode sociologique et méthode médicale se sont surtout affrontées dans leurs essais sur le suicide, depuis l'ouvrage de Durkheim, paru en 1898.

Par contre, du côté médical, nous assistons de nouveau depuis une trentaine d'années, à une véritable efflorescence dans le domaine pratique. Des mouvements isolés, souvent rivaux, parfois même opposés dans les personnes ou dans les principes, s'adressent non plus aux seuls aliénés, mais au vaste ensemble des psychopathes confirmés, ou même des simples prédisposés. En France, l'école des névroses, qui s'est perpétuée dans les Hôpitaux de Paris depuis Sandras, depuis Axenfeld, aboutit à l'organisation de consultations psychiatriques appuyées sur des services de médecine générale ; depuis le début du *xx*<sup>e</sup> siècle, l'effort opiniâtre et ininterrompu de Toulouse aboutit à la création de l'Hôpital Henri-Rousselle, prototype des « Services libres ». Aux Etats-Unis, le mouvement d'hygiène mentale né en 1908 sous l'impulsion de Clifford W. Beers s'est orienté vers la prophylaxie des psychoses. L'assistance aux malades mentaux hors des asiles a pris, notamment en Suisse depuis Aug. Forel, une extension considérable. En face de ces institutions de caractère philanthropique se sont développées des mesures de caractère répressif et coercitif : lois de « défense sociale », telle la loi belge de 1930, lois « engéniques » de stérilisation des sujets atteints de maladies héréditaires surtout aux Etats-Unis et en Allemagne.

On voit combien s'est étendue, à l'époque contemporaine, l'action sociale relative aux troubles mentaux. Il s'agit encore de tentatives fragmentaires dont la coordination s'impose. Mais la psychiatrie sociale ne saurait se réduire à des questions d'assistance et de réglementation. Pour que celles-ci reçoivent des solutions pertinentes et efficaces, il faut, comme il y a cent ans, que les acquisitions scientifiques soient à la hauteur des besoins sociaux, et que les deux séries soient confrontées à loisir. La psychiatrie a maintenant défriché la majeure partie de son domaine, la psychologie objective lui apporte des méthodes nouvelles, la thérapeutique des armes puissantes. Elle doit faire un pas de plus, et prendre conscience de la mission que la Société lui confie. Déjà Toulouse, dans de nombreux articles, a envisagé

bien des aspects du problème ; Laignel-Lavastine a consacré un chapitre de sa *Pratique psychiatrique* à la sociopathologie et lui a fait dans son enseignement la place qu'elle mérite ; J. Vinchon a écrit son livre sur les Déséquilibrés et la vie sociale ; Karl Birnbaum a publié une *Soziologie der Neurosen* (1933) ; n'oublions pas non plus les intéressants chapitres d'Auguste Marie sur les facteurs sociaux dans son *Traité de psychologie pathologique* (1911), ni les divers essais de Henri Damaye. Tous, ils sont les pionniers de la psychiatrie sociale.

## II. Les facteurs sociaux en psychiatrie

LES ÉLÉMENTS SOCIAUX DE LA « MATIÈRE PSYCHIATRIQUE ». — S'il est possible de donner une définition scientifique de la maladie, du processus morbide, il n'en est pas de même pour la notion d'aliénation qui se montre, ainsi que sa sanction — séparation sociale ou internement —, essentiellement relative au niveau de civilisation, en un temps ou en un lieu donnés. Les primitifs, les populations nomades au stade pastoral laissent en liberté les fous, qui sont considérés tantôt comme des êtres redoutables et sacrés, tantôt comme des êtres inoffensifs. Lorsque les hommes se sont stabilisés, à l'âge des cultures, ils ont éprouvé le besoin de séquestrer les sujets qui se révélaient nocifs ou créaient du désordre. Mais en dehors des fous bruyants, violents, des fous aux extravagances pittoresques, les populations rurales conservaient, naguère encore, dans la vie commune, les imbéciles, les crétins, les petits persécutés, les déprimés, les déments précoces apathiques. Une statistique ancienne, que nous retrouvons dans le premier volume des *Annales*, celle de Ramadier et Fenayrou (1843) relevait dans l'asile de l'Aveyron une proportion vraiment surprenante de criminels : mais le nombre total des aliénés y était si faible qu'en fait la criminalité constituait le principal mode d'entrée à l'asile, les malades inoffensifs demeurant en liberté.

Il n'en est plus de même aujourd'hui. D'une part, les infractions qui déterminent l'internement sont de plus en plus légères, et l'on voit, dans les certificats, la sémiologie pittoresque céder le pas à l'insuffisance sociale, à l'impossibilité de se diriger ou de gagner sa vie. D'autre part, les progrès de la thérapeutique amènent aux hôpitaux psychiatriques une clientèle d'indication véritablement médicale, tout au moins dans les grandes villes.

Aussi le nombre des sujets internés n'a-t-il cessé de croître.



Un simple coup d'œil sur les chiffres réunis par Desruelles et Lauzier montre pour la France l'ascension vertigineuse du graphique : de 52.334 aliénés en 1875, on passe à 101.401 en 1912, et malgré la forte hécatombe combinée de la guerre et de la grippe, à 119.000 en 1930. En 50 ans, de 1875 à 1925, la population des asiles avait doublé, alors que la population du pays, dans le même temps, ne s'élevait que de 37 à 40 millions. Pour le seul département de la Seine, le nombre des internés passe de 10.098 en 1877 à 22.775 en 1932. Et tandis que pour l'ensemble du pays la proportion est de 1 aliéné pour 330 habitants, elle s'élève à 1 pour 216 dans le département de la Seine.

Tous les pays enregistrent un accroissement parallèle, dont témoignent les chiffres réunis par Bersot. Quelle en est la signification réelle ? S'agit-il d'une extension subite de l'aliénation ? Il nous semble impossible de l'interpréter si l'on ne tient pas compte de l'élément social qui intervient dans sa définition. Le nombre des psychopathes pouvant être évalué, d'après Toulouse, à 10 fois le nombre des internés, atteindrait ainsi pour la France plus d'un million de sujets, soit 1 sur 40. La proportion serait plus élevée dans certains autres pays. Dans cette armée de psychopathes et de prédisposés se trouvent les sujets qui, plus ou moins nombreux suivant les époques et les niveaux de civilisation, succombent aux difficultés de l'existence et cessent de pouvoir mener la vie commune.

DE LA COMPLEXITÉ CROISSANTE DE LA VIE SOCIALE. — Le monde traverse sous nos yeux une double révolution, démographique et économique, qui bouleverse les conditions de la vie humaine, notamment son rythme, ainsi que la nature des contacts sociaux.

La révolution démographique se marque par l'augmentation considérable de la population du globe et la migration massive des ruraux vers les villes. Seuls quelques chiffres permettent d'en évaluer les proportions. Depuis 1650, la population de la terre a deux fois doublé : de 465 millions vers 1650, elle est passée à 930 millions vers 1825 et atteignait près de 2 milliards vers 1925. Cette augmentation a porté avant tout sur la race blanche, passée de 250 millions vers 1650 à 794 millions de nos jours. La population s'est parallèlement concentrée dans les villes qui, aujourd'hui, enferment plus de la moitié de l'humanité. En 1800, on ne comptait que 10 villes dépassant 100.000 habitants, aucune n'atteignait le million. Il y a aujourd'hui 42 villes dépassant le million, 631 villes de plus de 100.000 habitants. Dans ces villes, l'accumulation des hommes est écrasante : la densité moyenne

de Paris est de 36.500 au kilomètre carré avec le maximum vraiment effrayant de 106.900 dans le quartier Saint-Gervais. Il en résulte une *densification des rapports sociaux* qui constitue peut-être la caractéristique dominante de la vie urbaine : la multiplication des contacts matériels entraîne celle des heurts psychologiques, la pénétration plus intime de la vie des uns par les autres, la multiplication des règlements et des contrôles, et, en définitive, la multiplication et l'exacerbation des conflits.

Un second phénomène, qui relie la transformation démographique à celle de l'économie, consiste dans l'ampleur des mouvements de population dont Aug. Marie, dès 1911, soulignait l'importance : « transplantation de classes sociales, déracinement de milieu rural à urbain, de milieu social d'une nation à une autre, transformations trop brusques ou rapides sur place ». Toutes ces transpositions s'exerçant sur des sujets de psychisme simple, de niveau social déjà inférieur, ou mal pourvus dans la lutte pour la vie, exigent de gros efforts de réadaptation dans des conditions le plus souvent désastreuses.

Enfin, la manière de vivre s'est trouvée complètement transformée, le milieu physique, dans le triple domaine de la vitesse, du bruit, de la lumière a imposé à l'organisme humain un rythme vital nouveau. La vapeur, mais surtout l'électricité, l'automobile, les transports rapides, les radiations diverses ont apporté une série de facilités, de possibilités que contre-balance un épuisement du système nerveux en proie à des sollicitations incessantes. L'attention se disperse, les causes de fatigue se multiplient : la distance est vaincue, mais l'habitation s'éloigne du lieu de travail et les étages des maisons se superposent ; partout s'impose l'observance de règlements, l'emploi d'appareils délicats et parfois dangereux, la tentation d'achats inconsidérés, de plaisirs trop faciles et de qualité souvent médiocre. Embrigadé dans un automatisme mécanique, le sujet, avant tout travail productif, se trouve *préfatigué*, selon le mot d'un ingénieur belge, F. Merex.

De ce genre de vie résultent la dissolution progressive du lien familial et l'amenuisement du rôle du foyer : deux conséquences graves. L'exiguïté des logements limite la famille au couple et aux enfants en nombre réduit. Les vieux parents, les malades, les infirmes, les enfants même, ne peuvent souvent être conservés à domicile, lorsque l'homme et la femme travaillent au dehors. Les repas, les plaisirs aussi bien que le travail éloignent du foyer, où l'on aborde le moins possible. Isolé de ses soutiens naturels, le sujet est incorporé dans des formations collectives :

cadres du travail, groupements politiques, religieux, sportifs, etc., qui le dispensent de réfléchir et le soumettent à un conformisme passif. Les plaisirs eux-mêmes, comme l'a bien vu Charles Blondel, ont pris le caractère d'un besoin, puis celui d'une obligation : même lorsqu'ils sont sains, ils n'ont plus rien d'une détente.

Partout, l'emprise sociale ne cesse de se faire plus pressante, et c'est encore un point bien typique de la vie urbaine. Peu d'auteurs ont envisagé sous ce jour le problème pourtant si angoissant des « désadaptés urbains », ou comme dit Lévi-Bianchini, « la puissance démophthorique de l'urbanisme ».

CONDITIONS D'ADAPTATION DE L'INDIVIDU AU MILIEU. — Car tout le monde n'est pas capable de s'adapter à ces conditions de vie, c'est-à-dire de s'y plier suffisamment pour réaliser un nouvel équilibre, pour pouvoir y mener une existence normale.

*Certaines conditions sont éliminatoires.* Ainsi, la simple pratique de la vie courante exige un *niveau mental de base* minimum. Les idiots, les imbéciles, les déments, incapables de se diriger, de rester seuls, de se suffire, sont exclus de par leur niveau même. Ce niveau ne suffit même plus dans les grandes villes : débiles profonds, psychasthéniques graves, déprimés, affaiblis doivent disparaître à leur tour. Pour le simple déplacement dans Paris, il faut savoir lire, jouir d'une attention assez stable, d'une détermination assez rapide pour suivre le rythme général. Les distraits eux-mêmes ne seront bientôt plus tolérés !

Au niveau de base doit se joindre une *productivité* suffisante pour gagner sa vie. Les exigences du travail n'ont cessé de s'élever avec l'évolution industrielle et bannissent débiles, affaiblis légers, déséquilibrés à humeur variable. Des épreuves de sélection organisent un barrage à l'entrée de nombreuses professions. De la division du travail résulte la *spécialisation* qui, une fois fixée, dans la mesure où elle limite la plasticité biologique, constitue une infirmité comme Rabaud l'a bien vu pour les dispositifs morphologiques des espèces animales. Enfin — Donaggio y a insisté depuis 1922 — la pulvérisation du travail en opérations fragmentées le prive de tout intérêt, abolit toute initiative ; l'homme n'est plus qu'un accessoire de la machine, et se trouve victime d'un véritable exercice de dissociation psychique. Vieilli avant l'âge par ces méthodes intensives, il retombe dans la classe des travailleurs non qualifiés et subit en définitive une déchéance sociale.

Ces conditions de niveau, pour indispensables qu'elles soient,

ne suffisent pas cependant. La régularité du travail, si difficile pour les psychopathes même légers, se fait de plus en plus sévère : ponctualité absolue de la présence, chronométrage du travail, constance du rendement font échec aux dysrythmiques, aux instables dont ils limitent l'efficacité réelle.

Les réactions émotives créent d'autres incompatibilités. L'émotion, raté de l'instinct, n'a plus sa place dans notre vie moderne, qui pourtant en multiplie les occasions. Elle est toujours préjudiciable et souvent dangereuse, surtout dans les situations qui impliquent une responsabilité. Or, la spécialisation fait de tout homme un conducteur — de machines ou d'autres hommes — sur qui pèse le souci de la faute possible : de plus en plus souvent on voit apparaître, comme chez les délégués d'usine observés par Dupouy, par Leconte en 1936, les psychoses de responsabilité auxquelles s'opposent au contraire les psychoses d'insatisfaction sociale et d'infériorité, en rapport avec les longues périodes de subordination dans des positions d'attente.

Ainsi, plus la vie devient difficile, plus l'impossibilité d'adaptation abaisse sa barrière sur des sujets pourtant de plus en plus voisins de la Norme, et nous avons pu concevoir pour chaque individu un seuil de résistance psychique en deçà duquel les capacités cérébrales se trouvant dépassées, le sujet contraint d'abandonner la lutte, entre dans les cadres de la psychopathie.

### III. Les éléments d'information : sémiologie sociale

Le problème essentiel que pose la psychiatrie sociale est de déterminer en quoi l'individu, subnormal ou malade, se montre adaptable, éduicable ou utilisable, c'est-à-dire en somme de fixer sa *capacité sociale* dans un milieu donné.

La sémiologie classique est loin de fournir tous les éléments de réponse. Qu'est-ce, en effet, qu'une sémiologie ? C'est un ensemble de questions posées par le médecin à l'organisme du malade, et tout le questionnaire traditionnel est orienté vers l'analyse psychologique et la thérapeutique médicale. Ici, ce qu'il faut établir, c'est un jeu de symptômes qui répondent aux questions de la vie pratique. On s'oriente donc *vers l'étude objective du comportement*.

Pour évaluer de façon comparable, et dans une certaine mesure numérique, les possibilités des individus, on a eu recours depuis quarante ans à des séries d'épreuves méthodiques, les

tests. On ne saurait porter sur les tests un jugement global : leur valeur, bien variable, doit être estimée avec une prudence d'autant plus attentive qu'ils visent à discriminer des niveaux plus élevés et des fonctions psychologiques plus délicates. Ainsi, pour le niveau intellectuel de base, la série de Binet et Simon demeure l'outil fondamental. Dans le domaine de l'activité appliquée, les recherches de Piéron, de Laugier, de Lahy ont abouti à des *examens psychotechniques*, dont la valeur a été sanctionnée par les résultats de leur usage pour la sélection des conducteurs de transport, des pilotes, etc. ; mais la psychotechnique est une science, on ne s'improvise pas psychotechnicien et, récemment, M. H. Claude mettait en garde contre l'utilisation de plus en plus généralisée, pour des buts divers, d'épreuves arbitrairement choisies par des gens dépourvus de toute préparation spéciale.

Mais comme nous le remarquions tout à l'heure, des dysrythmies, des ratés, des troubles émotionnels viennent diminuer chez les déséquilibrés la valeur des performances prévues. D'où les désaccords entre l'opinion des psychologues et les résultats effectifs, que vient d'étudier Mme Franziska Baumgarten, dans son livre sur l'épreuve des caractères chez les candidats aux professions ; or, la science du caractère comporte encore bien des inconnues. Les tests ne retrouvent plus ici la sûreté qu'ils ont en face de fonctions bien définies, les intéressants essais des Américains, des Suisses, celui d'Heuyer avec Mlle Courthial, Dublineau et Néron se présentent comme de premières approximations, bases nécessaires pour défricher ce vaste champ d'études.

Aussi bien, les méthodes d'évaluation quantitative doivent-elles y être complétées par des méthodes d'observation qui abordent le comportement sous le triple aspect de l'activité spontanée, des rapports avec l'ambiance et de l'activité appliquée.

VERSANT BIOPSYCHOLOGIQUE. — L'étude objective des manifestations primordiales de l'activité trouve sans doute son début dans le curieux ouvrage de Félix Voisin, adepte de la Phrénologie, sur l'*Homme-animal* (1839) : l'auteur s'y propose « d'étudier l'homme particulièrement dans sa vie de relation », et sous la superstructure intellectuelle et morale de découvrir avec la « vie animale » « les éléments primitifs d'activité ».

Puis, à part quelques passages de Th. Ribot, surtout de Beau-nis, il faut arriver à Mac Dougall pour voir estimer à sa valeur réelle le rôle profond des tendances élémentaires qui sous-tendent toute activité humaine, et auxquelles l'ambiance vient



apporter un contenu. Ces tendances que, avec René Suttel, nous avons appelées les comportements fondamentaux, sont intimement ancrées dans la physiologie du système nerveux, ce sont le besoin d'activité, manifestation énergétique primordiale, l'orientation qui en est un corollaire immédiat ; l'appropriation, au début, simple aménagement de l'anibiance ; enfin l'interattraction spécifique, qui constitue le fondement biologique premier de la vie sociale.

Le domaine de l'*instinct* a été l'objet d'une exploration approfondie depuis que le mouvement freudien a attribué une situation préminente à l'instinct sexuel. Les travaux de Freud et de ses disciples, ceux de l'école psychanalytique française ont mis en lumière l'importance considérable de l'inconscient dans le déterminisme des actes de la vie quotidienne, celle des fonctions sexuelles à l'origine de rites et d'institutions, de symptômes de la psychose et de la névrose. Toutefois, la « libido » n'épuise pas les instincts de reproduction, et particulièrement en psychiatrie sociale, place doit être faite à l'instinct parental, ainsi qu'à l'instinct du couple — Partnertrieb — décrit en 1938 par Tramer. L'instinct de conservation, sous ses formes qui répondent aux fonctions de nutrition, reprend de l'intérêt au cours des événements actuels.

Certaines attitudes fixées par la tradition ont été l'objet d'une étude très suggestive de Mauss, qui les appelle les *techniques du corps*. Le corps est le premier des instruments de l'homme, et le plus naturel. Encore tous les hommes n'ont-ils pas la même manière de s'en servir, et des actes très simples, tels que la marche, la danse, la course, les positions de sommeil et de repos, etc., varient suivant les groupes. On les voit aussi se modifier au cours des maladies mentales, et l'exploration de ce chapitre d'ethnographie morbide sera sans doute fructueuse.

Les *conduites* étudiées par Pierre Janet constituent une série d'échelons supérieurs, dans lesquels l'intrication du psychologique et du social succède à celle du social et du biologique. Les conduites élémentaires que Janet retrace dans « les débuts de l'intelligence » et dans « l'intelligence avant le langage » sont essentiellement « relationnelles », pragmatiques et non discursives. A ce niveau existe encore une interaction profonde et infra-consciente entre les conditions de vie et les réactions de l'individu. Les malades les plus atteints — confus, déments, idiots — se situent par rapport à ce plan d'intelligence élémentaire. Au fur et à mesure que l'on s'élève, que la superstructure idéatoire prend de l'ampleur, on retrouve, chez les malades

moins touchés, les niveaux auxquels s'appliquent les méthodes de la psychologie classique.

VERSANT SOCIOLOGIQUE. — L'élément social est loin d'occuper actuellement la place qui lui revient dans l'observation psychiatrique. De bons élèves, qui n'omettent aucun détail de l'anamnèse pathologique, des maladies du sujet lui-même, des ascendants, des descendants, du conjoint, ne s'enquière pas de la façon dont tous ces gens se sont comportés dans la vie, dont ils ont supporté leurs succès et leurs déboires avant de succomber à la psychose, en un mot ils négligent tout le chapitre des capacités réactionnelles.

Le facteur morbide a sa répercussion sur le déterminisme démographique, sur les liens sociaux, sur la condition économique. Inversement, ces éléments retentissent aussi sur le sort des psychopathes. De ces faits se dégagent même certaines indications nosologiques. Ainsi, le mode de vie familiale, si différent dans la démence précoce et la psychose hallucinatoire, n'apporte-t-il pas un nouvel argument à la dualité des deux affections, que la schizophrénie ne parvient pas à confondre ? Les déments précoces sont célibataires, ou bien leur mariage court à un échec rapide, et ce sont leurs parents qui leur viendront en aide. Les délirants hallucinés sont en général mariés, ils ont fondé une famille et conservent des rapports normaux avec leurs conjoints qui ne les abandonnent pas, même lorsque le délire les oppose. Dans le cas intermédiaire des délirants paranoïdes, les avatars multiples, les vies étranges et aventureuses trahissent le déséquilibre foncier, qui fait revivre sous un autre angle et avec d'autres perspectives la dégénérescence de Magnan.

Un exemple, celui du divorce des aliénés, montrerait combien il y aurait profit à substituer l'observation concrète aux plus savantes considérations normatives. La proportion des divorcés, parmi les internés, se révèle bien supérieure à ce qu'elle est dans la population normale. Or, les trois quarts de ces malades divorcés avant l'internement l'ont été, soit en raison des troubles initiaux de la psychose, soit en raison de troubles graves du caractère. Ces divorces ont-ils été opportuns ? Quelles conséquences ont-ils eues pour la famille, pour le conjoint, pour le malade lui-même ? Autant de questions qui attendent encore une réponse. Heuyer et Dublineau, en décrivant les bourreaux domestiques, ont abordé un autre point de la pathologie du couple : il est piquant ici de constater que le divorce n'est pas un aboutissement fatal. Les interactions conjugales sont complexes. Morgen-

thaler a repris, de son côté, l'étude des mariages morbides qui, voici 80 ans, avait intéressé l'Anglais Savage. Il reste beaucoup à faire.

La psychiatrie sociale peut donc apporter aussi son appoint à la sociologie. Il en est de même en ce qui concerne les « cadres » morbides. Tout comme le normal, le malade a besoin d'un jeu de directives qui assignent une fin à son activité : ce sont le plus souvent les disciplines de l'école, de l'église, de la caserne, de l'atelier. On les retrouve transposées aux degrés les plus avancés des délires. Mais parfois les malades se forgent des directives nouvelles : des Administrations imaginaires, la Science, ou même le Destin conçu comme une entité directrice impérative. Ils arrivent parfois, grâce à ce que Laignel-Lavastine a appelé leur néo-sociabilité, à réaliser des modalités de vie sociale bien éloignées de celles que connaît la Sociologie normale.

La carence brutale des cadres, la transplantation ou la modification inopinée du milieu ne vont jamais, chez les affaiblis ou les déséquilibrés, sans donner naissance à ces troubles profonds que Mignard et Durand-Saladin ont décrits sous le nom de psychoses de dépaysement, et que Courbon a observés chez ses anachroniques, chez ses anatopiques mentaux. A tous les chapitres de la psychiatrie sociale, s'accuse d'ailleurs le rôle néfaste de l'*isolement*. Tout comme le spécialisé à outrance, l'isolé est un infirme, un sujet en état de moindre résistance devant les difficultés de la vie.

VERSANT TECHNOLOGIQUE. — Les premiers, des ingénieurs ont entrepris l'étude scientifique du travail humain et par conséquent de ses causes de déficience. F. Mercx, qui les condense, a porté son attention sur la *prévention des accidents par les méthodes psychologiques* (1933) : il délimite « le facteur humain » « pour le combattre », la prédisposition névropathique, la prédisposition aux accidents pour les éliminer. Mais, ce faisant, il en reconnaît l'ampleur et formule nombre de remarques judicieuses.

Il est également caractéristique que les travaux de Laugier, procédant d'un tout autre esprit, sortent cependant du Conservatoire des Arts et Métiers. Néanmoins, la psychiatrie trouve en ce domaine un immense champ d'études, qui d'emblée présente deux avenues principales. La première consiste à déterminer la complexité de tâches diverses pour les hiérarchiser en vue d'une rééducation méthodique : c'est ce qu'a fait Hermann Simon, de

Gütersloh, pour répondre aux principes physiologiques qui forment la base de sa méthode. Il est curieux de rapprocher les cinq degrés de l'échelle des travaux selon H. Simon, des degrés de l'échelle d'activité laborieuse jadis établie par Revault d'Allonnes, lorsqu'il précisait, d'après des critères psychologiques, « l'affaiblissement intellectuel chez les déments ». La concordance des deux séries confirme leur valeur réciproque.

Inversement, l'étude technique des travaux des psychopathes est entièrement à faire. On s'est en général borné à recueillir, d'un point de vue pittoresque ou esthétique, écrits, dessins ou broderies d'aliénés. Il faudrait constituer des collections méthodiques de travaux exécutés à titre d'épreuves aux diverses phases des maladies, avant et après traitement, etc..., ce qui permettrait, par exemple, de suivre la diminution ou la restitution des capacités professionnelles, en un mot d'établir un pronostic de la productivité du sujet. A côté des modifications quantitatives, de telles observations révèlent des techniques morbides, des « néotechniques », originales quant à l'instrumentation ou la matière, quant aux procédés ou aux résultats, dont l'interprétation pose des problèmes psychopathologiques aussi captivants que l'interprétation des délires, et contribue à cette sémiologie d'action que nous voyons s'élever parallèlement à la sémiologie intellectuelle.

C'est en ce sens qu'avec Ferdière nous suggérons la création d'un *Musée psychiatrique*, institut de psychiatrie appliquée, à la fois archives et laboratoire, centre de travail capable de former entre médecins, psychologues, sociologues et ethnographes, le lien nécessaire à la réalisation du programme que nous ébauchons ici.

Ce programme, soulignons-le enfin, suppose l'observation de trois principes : d'abord, purement objectif, il exige une analyse minutieuse des phénomènes à laquelle comme Hellpach (1937), nous jugeons indispensable de revenir : si, plus que jamais l'être humain doit être exploré dans sa totalité, celle-ci ne peut plus être conçue comme un insécable, mais comme un complexe. Puis il faut, en matière sociale, à côté des processus morbides confirmés réserver le rôle du terrain psychopathique, qui conditionne tant de manifestations subnormales dans la vie courante, qui crée des vies para-normales. Enfin, tous les examens, toutes les décisions parfois si importantes pour l'avenir des sujets, doivent toujours se référer au stade et au rythme de développement des fonctions nerveuses ; le point de vue évolutif devient ici primordial : discontinuités de développement, dissociation des fonc-

lions au cours de stades critiques comme la puberté inspirent une prudence extrême ; car la vie ignore l'immuabilité des décisions administratives, et la méconnaissance des lois psycho-biologiques ferait commettre des erreurs flagrantes et irréparables.

#### IV. Orientations sociales de la lutte contre les psychopathies

Déjà Kræpelin, en 1918, appelait de ses vœux l'avènement d'un dictateur sanitaire qu'inspirerait une psychiatrie sociale : « un maître aux pouvoirs illimités qui, guidé par notre science d'aujourd'hui, pourrait intervenir sans égards dans les habitudes des hommes, arriverait certainement au cours de quelques décades à réaliser une diminution notable de la folie ». Et Toulouse, dans le même sens, esquissait un gouvernement des hommes de science, la Biocratie, qui s'assignerait pour premier but la lutte contre les fléaux sociaux.

Les maladies mentales, en effet, aux côtés de la syphilis, de la tuberculose, du cancer, figurent bien au premier rang des charges publiques. Les aliénés, les psychopathes, les anormaux, les délinquants, les inadaptés grèvent à des titres multiples « le budget de la psychopathie » ; ce sont les dépenses d'hospitalisation, les frais d'assistance, de déficit professionnel, les dommages causés, la mortalité précoce, sans compter le trouble que tous ces sujets apportent dans la régularité de la vie, et la transmission à leurs descendants d'un terrain de prédisposition.

La lutte contre la psychopathie s'est engagée suivant des formules très diverses, à propos desquelles nous voudrions seulement, sans quitter le terrain de la psychiatrie sociale, faire quelques remarques et souligner des écueils.

DÉFENSE SOCIALE. — La première attitude en face des réactions dangereuses des aliénés consiste à s'en défendre, d'où la séquestration. Mais réservée autrefois aux agités, aigus ou chroniques, elle a été étendue à tous les psychopathes ayant besoin d'hospitalisation. De mesure de défense, elle a été érigée en procédé thérapeutique. Certes, « les murs à eux seuls constituent un traitement » (Calmeil), et par ailleurs, l'isolement possède ses indications. Mais les conséquences de l'internement, avec le régime administratif qu'il comporte, se révèlent tellement défavorables à la rééducation de la personnalité, même avec les perfectionnements médicaux des hôpitaux psychiatriques actuels, qu'on ne peut songer à appliquer à des catégories plus étendues la loi sur les « aliénés ».



Par contre, un progrès très net se trouve réalisé par la loi de défense sociale belge. Les grands anormaux antisociaux et pervers, délinquants ou criminels, étaient placés sous l'ancien régime dans les châteaux-forts, grâce aux lettres de cachet : depuis lors, ils ne trouvaient nulle part leur vraie place : seule convient à leur type d'infirmité une séquestration dont la durée ne soit plus subordonnée qu'à la nocivité du sujet, sous un contrôle médico-judiciaire.

EUGÉNIQUE. — « La sélection humaine, écrivait en 1919 Ch. Richet père, est possible, elle est désirable, elle est nécessaire. » Eviter la procréation des psychopathes serait évidemment la mesure la plus radicale contre les troubles mentaux. Les Etats-Unis, l'Allemagne, la Suisse, on le sait, se sont engagées, avec des rigueurs diverses, dans la voie de la stérilisation de certaines catégories d'aliénés, réglée par des dispositions législatives. Aucune mesure — sauf peut-être la prohibition de l'alcool — n'a soulevé d'aussi ardentes polémiques, et ceci démontre à l'évidence combien il est regrettable qu'une publicité intempestive transporte une question délicate du domaine de la technicité dans l'atmosphère sentimentale de l'opinion. L'utilité, pour des cas déterminés — tels la chorée de Huntington, dont la transmission héréditaire est absolument démontrée — n'en est contestée par personne, mais au Congrès d'Hygiène mentale de 1937, la discussion du rapport de Rüdin avait porté surtout sur le principe de l'obligation légale. De plus, une mesure aussi grave n'est soutenable que pour les cas où elle repose sur des données objectives d'une certitude absolue, ce qui oblige les psychiatres à reprendre l'étude de l'hérédité sur de très larges bases. Quelles ressources ne trouve-t-on pas, pour une telle enquête, dans les asiles de province, dont les médecins, par leur service hospitalier, par les dispensaires, les expertises, leur rôle de consultants, ont parfois en main presque tous les psychopathes d'un département ; pour eux, c'est un devoir de publier leurs constatations.

PROPHYLAXIE MENTALE. — Voici le plus vaste chapitre de l'action sociale. Il comporte une première partie négative : la discrimination et l'élimination des inaptes devient possible à chaque poste de l'échelle sociale : on empêche d'y accéder les sujets qui ne présentent pas les aptitudes requises pour s'y adapter. Le prototype bien sommaire de ces manœuvres était, naguère encore, le conseil de révision. Fribourg-Blanc et Gauthier, dans

leur *Pratique psychiatrique dans l'Armée*, ont clairement dégagé le profit que l'on peut retirer d'une sélection judicieuse. A l'entrée de l'école, de l'atelier, des professions, pour l'admission aux assurances sur la vie se dressent des barrières analogues. Le certificat prénuptial est une première tentative du même ordre pour les candidats au mariage. Si déjà, la valeur (et la légitimité) de ces éliminations reste liée à la valeur de la méthode appliquée, elles demeurent pratiquement inopérantes lorsqu'elles se heurtent, comme pour l'examen prénuptial, à la force de l'instinct.

Mais à la différence de l'ingénieur, le médecin n'a pas pour rôle de « combattre le facteur humain » : sa mission imprescriptible est au contraire de *rendre à l'homme la vie possible*, tâche positive d'*orientation* et d'*adaptation* à l'ambiance, bien plus délicate que la tâche négative, et à l'heure actuelle encore, pauvre dans ses moyens et parfois décevante dans ses résultats. Bien souvent, comme l'ont dit Gemelli et Ponzo, les innovations de la technique violent les capacités de notre organisme. Dans quelle mesure appartient-il au psychiatre de proposer des modifications de l'ambiance ? L'heure ne paraît pas encore sonnée pour l'avènement du « Biocrate ». La tentative de prohibition des boissons alcooliques aux Etats-Unis a permis de discerner les limites actuelles de ces essais de grande envergure. Au reste, en quoi est-il admissible de modifier la vie de la majorité pour retenir sur la pente un nombre en somme restreint de prédisposés ? Si des mesures d'hygiène facilement applicables permettent d'enrayer les troubles mentaux professionnels, il n'en est plus de même pour les grandes intoxications telles que l'alcoolisme. Un programme plus souple comporte à la fois la suppression des produits réellement nocifs pour tous, une limitation des excès préjudiciables au grand nombre, une surveillance rigoureuse des intoxiqués névropathes. Toujours le sentiment du possible — qui n'exclut pas l'énergie — demeure la condition *sine qua non* de la réussite.

Et les résultats les plus substantiels seront toujours obtenus par une étude attentive du psychisme de l'individu, pour le guider vers une ambiance, vers un statut professionnel, vers un niveau de vie qui réponde à ses capacités.

ASSISTANCE HOSPITALIÈRE ET EXTRAHOSPITALIÈRE. — Sans développer ici un plan d'assistance psychiatrique, disons seulement que le type classique d'assistance centré sur l'asile d'aliénés ne suffit plus à l'époque actuelle. La lutte contre les psychopathies doit viser, non à séquestrer, mais à maintenir autant de sujets

qu'on le peut dans le domaine de la vie normale. Aussi l'assistance extrahospitalière a-t-elle pris un développement considérable. Elle s'adresse aux psychopathes légers, aux phases aiguës des psychoses, aux convalescents, aux enfants anormaux. Dispensaires et consultations, qu'appuient des services hospitaliers, à proximité des usagers, réalisent le traitement ambulatoire ; des sociétés de patronage entourent le malade à la sortie de l'hôpital ; le placement hétéro-familial supplée à la carence de la cellule sociale naturelle ; des services médico-pédagogiques suivent les enfants déficients. Ce sont avant tout des œuvres d'*orientation*, de *rééducation*, de *sociothérapie*.

Certains pays tels que la Suisse ont fait en ce sens un effort considérable qu'a exposé lumineusement Bersot. L'Allemagne s'y oriente ; Roemer, A. Kolb et Falthauser ont pu écrire un *Traité d'assistance externe* (die offene Fürsorge in der Psychiatrie). En France, nous possédons des réalisations encore fragmentaires, parce qu'elles sont nées d'initiatives individuelles, tel le patronage des aliénés guéris, qui lui aussi va fêter son centenaire, tel l'hôpital Henri-Rousselle, dû à la ténacité de Ed. Toulouse, les consultations de psychiatrie des hôpitaux de Paris, la clinique de neuro-psychiatrie infantile de G. Heuyer, et bien des dispensaires, consultations, etc..., trop peu connus et dus à travers tout le pays aux efforts persévérants des médecins des hôpitaux psychiatriques.

Pour les aliénés, la société a encore beaucoup à faire, car le régime actuel ne favorise guère leur réadaptation. La promiscuité des aigus et des chroniques ; celle des parasites, des médico-légaux, des prostituées, des alcooliques avec les sujets de moralité normale est regrettable. De petits établissements adaptés à des fins précises répondraient mieux au but de relèvement. De même, on peut faire plus pour que renaisse chez les malades le sentiment de la responsabilité sociale et de la dignité personnelle. Et au dehors, les sujets restent abandonnés à eux-mêmes. Toute l'assistance sociale, sur ce point, est encore chez nous à construire.

Dans cette voie, les trois rouages sont le médecin, l'assistante sociale et l'infirmière. Aux infirmières, il faut demander une culture générale plus élevée, qui leur permette de participer avec plus d'autorité et plus d'efficacité à l'œuvre de redressement moral : on sait par exemple ce que la Suisse doit au niveau intellectuel du personnel de ses asiles.

Le rôle des assistantes sociales est maintenant bien connu et unanimement apprécié auprès des enfants anormaux, des en-

fants délinquants, des psychopathes frustes. Leur place serait indiquée partout où des sujets en état d'infériorité se trouvent aux prises avec des difficultés graves, notamment autour des conseils de réforme, des centres de chômage, et surtout autour des hôpitaux psychiatriques. Elles forment le lien indispensable entre le médecin, le malade et le milieu. Mais pour se rendre réellement utile, l'assistante sociale doit posséder les éléments psychiatriques suffisants prévus par des programmes, tel celui que vient d'élaborer Brousseau.

Mais surtout, le rôle du médecin se révèle primordial : il doit le demeurer. En France, le médecin des asiles est actuellement seul à recevoir une formation psychiatrique systématique et sanctionnée par un concours sévère, mais orienté uniquement vers l'assistance aux aliénés. Nous souhaiterions voir s'établir, en liaison avec les chaires de clinique psychiatrique, un enseignement méthodique de la thérapeutique et de l'assistance psychiatrique qui soit ouvert aux aspects sociaux de la psychopathie. Ainsi, le médecin spécialiste serait en mesure de rester l'organisateur et l'animateur des formations qu'exigent les besoins actuels de la société. Car, ainsi que l'a dit Laignel-Lavastine, « il n'y a pas de bio-sociologie possible sans psychiatrie. L'avis du psychiatre est indispensable dans le conseil de la nation ».

---

# ANALYSES

---

## LIVRES, THÈSES, BROCHURES

---

### PSYCHOLOGIE PATHOLOGIQUE

Les dissolutions de la mémoire, par Jean DELAY, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, médecin des hôpitaux de Paris, docteur ès-lettres, *Préface* du Professeur Pierre JANET, membre de l'Institut, professeur honoraire au Collège de France (1 vol. in-8°, 152 pages, in « Bibliothèque de Philosophie contemporaine », Presses universitaires de France, Paris 1942).

Cet ouvrage est un témoignage de l'importance des résultats obtenus par l'association des disciplines médicales aux recherches psychologiques. Ainsi que le Professeur Pierre Janet le constate dans la remarquable préface qu'il a écrite pour le beau livre de M. Jean Delay, c'est avec une connaissance égale des études et du langage psychologique ainsi que des données physiologiques et médicales que l'auteur a pu réunir ce qu'il y a de plus juste et de plus durable dans les deux disciplines. Ses travaux antérieurs, ceux en particulier sur les astéréognosies, étaient une excellente préparation à l'étude de ce fait biologique qu'est la mémoire.

Le mot mémoire est pris ici dans un sens tout à fait général. Une unité profonde relie l'instinct, mémoire de l'espèce, à l'habitude, mémoire de l'individu. Rappelant les conceptions de Ribot, de Bergson et de M. Pierre Janet qui, définissant la mémoire par un acte social, « le récit », la situe à un niveau très élevé de la vie mentale, M. Jean Delay indique les raisons pour lesquelles il lui paraît difficile de refuser à l'habitude le nom de mémoire.

Th. Ribot a vu le premier combien les maladies de la mémoire offrent aux idées d'Hughlings Jackson un champ d'application favorable. De même que s'opposent dans la doctrine jacksonienne la neurologie, science des dissolutions locales du système nerveux, et la psychiatrie, science des dissolutions uniformes de l'activité psychique, on peut classer les maladies de la mémoire en dissolutions de type neurologique et dissolutions de type psychiatrique.



Les amnésies neurologiques, amnésies sensorio-motrices, sont systématiquement à une fonction psycho-sensorielle ou psychomotrice déterminée ; elles respectent la « conduite du récit », impliquent l'altération territoriale d'un analyseur cérébral. Elles appartiennent à la pathologie de la mémoire sensorio-motrice.

Dans les amnésies psychiatriques, caractérisées par la perte du récit, la dissolution est intrinsèque à la personnalité. L'amnésie psychiatrique aussi peut être partielle, limitée à une partie de la personnalité sociale, et locale, c'est-à-dire conditionnée par une lésion cérébrale circonscrite, mais ces amnésies appartiennent à la pathologie de la « conduite du récit », que M. Delay propose d'appeler la mémoire sociale. Ainsi que l'a montré M. Pierre Janet, la conduite du récit est la fonction sociale de la mémoire.

Tandis que la mémoire sensorio-motrice (mémoire biologique) est commune à l'homme et aux animaux, la mémoire sociale, mémoire sociologique, est propre à l'homme vivant en Société ; elle est inséparable des catégories logiques. Sans opposer l'un à l'autre de façon systématique ces deux ordres de mémoire, il est néanmoins justifié de les opposer, l'une sensorio-motrice ressortissant surtout aux disciplines de la psychophysiologie, l'autre ressortissant essentiellement aux disciplines de la psychosociologie. La pathologie les dissocie d'ailleurs nettement.

Il existe enfin une troisième mémoire, mémoire autistique, qui n'apparaît que lorsqu'il y a désocialisation de la pensée, mémoire des rêves et des délires dans lesquels le passé, non reconnu comme tel, est pris pour le présent, mémoire témoignant d'une certaine finalité et d'une reconstruction des souvenirs sur le mode paralogique et affectif régi par la loi du dynamisme inconscient. Son automatisme est celui de la spontanéité et non celui de la mécanique comme dans la mémoire sensorio-motrice. Elle relève de la psychologie pure et de la psychanalyse.

C'est entre ces trois disciplines que se partage la pathologie de la mémoire. La fonction mnésique est faite de l'union hiérarchisée de ces trois mémoires.

Processus inverse de l'évolution, la dissolution va du moins organisé au plus organisé, du plus complexe au plus simple, du plus volontaire au plus automatique. Vérifiant cette loi de Jackson dans chacune des trois mémoires d'abord, à l'échelle de la fonction mnésique ensuite, M. Jean Delay étudie en premier lieu les dissolutions neurologiques, déficits de la mémoire sensorio-motrice : amnésies sensorielles ou agnosies (extéroceptives : agnosie tactile qui est une asymbolie tactile, agnosies visuelles et auditives ; proprioceptives, intéroceptives : oubli du corps), amnésies motrices ou apraxies. Posant sous une forme nouvelle le problème de l'aphasie, il fait remarquer que si les agnosies et les agraphies verbales sont des amnésies neurologiques, l'aphasie « oubli du langage » sous l'aspect de démence plus ou moins spécialisée pour le langage n'appartient pas aux dissolutions neurologiques de la mémoire sensorio-motrice, mais aux dissolutions psychiatriques de la mémoire sociale.

Les dissolutions psychiatriques sont envisagées sous deux aspects : 1° les déficits de la mémoire sociale, amnésies dites de fixation, qui sont en réalité des amnésies où la fixation peut être intacte et la mémoration abolie, amnésies dites d'évocation, localisées (lacunaires, électives), progressives (amnésie dans l'aphasie de Wernicke, amnésie sénile et oubli des faits récents, autres amnésies dementielles), troubles de l'inconscience du temps ; 2° les

libérations de la mémoire autistique, délires de mémoire (fabulation, écnésie, paramnésie), libération et dissolution. Il y a des degrés dans la libération et la rêverie constitue la forme la plus légère des « sommeils de la pensée ». La désocialisation de la pensée fait du malade un aliéné. Et contrairement à la pensée paranoïaque, qui obéit encore aux catégories, la pensée paranoïde est en dehors des catégories, elle est déréelle, révélatrice d'un mode d'organisation autistique de la personnalité, c'est-à-dire d'une organisation soustraite aux cadres sociaux. La mémoire autistique se fait en dehors des cadres logiques et la mémoire affective tout entière lui appartient. L'organisation autistique de la mémoire se désintéresse de la vie, elle est purement subjective et non pas rationnelle mais lyrique.

La dissolution psychiatrique de la mémoire constitue une régression de l'évolution. Rien ne ressemble davantage à la mémoire désocialisée que la mémoire non encore socialisée. On peut envisager la folie, ce mot étant pris dans le sens global de pensée autistique, comme la pensée désocialisée. La folie est contenue dans l'homme ; elle est ce qui reste quand l'humanité s'est retirée. La raison ne serait que l'ensemble des forces qui s'opposent à la folie.

Le dernier chapitre est consacré à la genèse des dissolutions de la mémoire. Neurologiques ou psychiatriques, c'est-à-dire dissolutions partielles du système nerveux ou dissolutions uniformes de l'activité psychique, elles peuvent être organogènes ou psychogènes et M. Jean Delay donne le tableau des faits anatomopathologiques ou physiopathologiques actuellement connus. L'étude psychogénétique montre, à côté des amnésies d'origine intellectuelle (qui peuvent ne pas être en rapport avec des lésions cérébrales, dans la psychasthénie par exemple), l'importance des amnésies d'origine affective, importance bien vue par M. Pierre Janet dans un exemple classique, amnésies à l'étude desquelles s'est attachée l'Ecole psychanalytique. La cure analytique est une démonstration de la nécessité de distinguer mémoire autistique et mémoire sociale. Entre les amnésies dues à une lésion cérébrale et celles qui relèvent d'un mécanisme purement psychogène, il ne faudrait d'ailleurs pas admettre un hiatus infranchissable. Le mécanisme de l'inhibition, les oscillations dynamiques de la tension psychologique et la loi de dissolution expliquent qu'il n'en soit pas ainsi. Au sein même des amnésies organiques, le problème du contenu de l'oubli reste tout entier psychogénétique.

Ce trop bref compte rendu, qui laisse dans l'ombre bien des points traités par l'auteur, aurait cependant rempli son but si, en dépit des lacunes qu'il présente et qui ne sont que trop apparentes, il attirait l'attention du lecteur sur un livre qui vaut autant par la clarté de l'exposé et par la précision des faits que par la compétence multiple de son auteur. Isolé ou associé à d'autres, le problème de la mémoire et de ses altérations est l'un de ceux qui se posent le plus souvent. Les théories d'Hughlings Jackson ont pris en neurologie comme en psychiatrie une très grande place. Neuro-psychiatres et psychologues voudront avoir dans leur bibliothèque la remarquable thèse de doctorat ès-lettres de M. Jean Delay.

René CHARPENTIER.

---

# VARIÉTÉS

---

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

### Séances

La *séance supplémentaire* du mois de JANVIER, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 11 janvier 1943*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV<sup>e</sup> arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de janvier de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 25 janvier 1943*, à 15 heures *très précises*, au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV<sup>e</sup> arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Médecine.

La *séance ordinaire* du mois de FÉVRIER de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 22 février 1943*, à 15 heures *très précises*, au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV<sup>e</sup> arrondissement) dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Médecine.

La *séance supplémentaire* du mois de MARS, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 8 mars 1943*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV<sup>e</sup> arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de mars de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 22 mars 1943*, à 15 heures *très précises*, au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV<sup>e</sup> arrondissement) dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Médecine.

La *séance ordinaire* du mois d'AVRIL, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 12 avril 1943*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV<sup>e</sup> arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

### Nécrologie

M. le Professeur Guy VERMEYLEN, de l'Université libre de Bruxelles, président de la Ligue Nationale Belge d'Hygiène mentale, *membre associé étranger de la Société médico-psychologique*.

---

*Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.*

---

Imprimé par Imp. A. COUESLANT (*personnel intéressé*)  
à Cahors (France). — 65.923 — C O.I.A.L. N° 31.2330

U. O. 3497-31-5 43

# ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

---

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

*Séance du Lundi 11 Janvier 1943*

---

Présidence : M. H. BEAUDOUIN, président

---

### PRÉSENTATIONS

Démence précoce et fausse apparence d'hérédité. Considérations anatomo-biologiques, par MM. L. MARCHAND, G. DEMAY et J. NAUDASCHER.

A côté des recherches sur l'hérédité psychopathique des états schizophréniques basées sur les statistiques, les calculs mendéliens, sur le pronostic empirique établi d'après la loi des grands nombres, les considérations anatomo-pathologiques sont complètement laissées dans l'ombre. Il serait cependant intéressant de noter par quel processus organique et sous quelle forme la tare héréditaire des générateurs se manifeste sous la forme d'une affection schizophrénique. D'après les conclusions des importants rapports de Boven et de Brousseau au Congrès Suisse de 1936, ainsi que les discussions auxquelles ils donnèrent lieu, aucune recherche n'a été faite dans ce sens. Dans une étude aussi difficile, au lieu de s'appuyer sur les seules considérations statistiques, on devrait avoir recours à toutes les corrélations biologi-

ques et anatomiques et tâcher d'établir pour chaque cas ce qui revient à l'hérédité ou aux facteurs acquis. Il faut reconnaître que les observations qui présentent les conditions indispensables sont peu communes. La transmission de la tare doit se faire par la mère ; les affections mentales doivent être bien déterminées ; l'âge des sujets au moment de la mort ne doit pas dépasser une quarantaine d'années afin d'éviter toutes lésions cérébrales dues à l'involution sénile.

L'observation suivante nous paraît remplir toutes ces conditions. La mère de la malade, comme la malade elle-même, a été internée à l'hôpital psychiatrique de Maison-Blanche ; elle y est décédée à l'âge de 48 ans de cancer du pylore. Elle était atteinte de psychose maniaque-dépressive sans affaiblissement intellectuel. Elle a travaillé jusqu'au dernier moment.

La sœur de la malade a été d'abord hospitalisée à l'hôpital Henri-Rousselle à l'âge de 25 ans, placée à Ste-Anne, puis transférée dans un asile de province ; elle y fut considérée comme atteinte de démence précoce ; elle est morte à l'âge de 29 ans de tuberculose pulmonaire.

Voici maintenant un résumé de notre cas :

OBSERVATION. — P... Marguerite, ouvrière d'usine, âgée de 31 ans, entre à l'hôpital de Maison-Blanche le 18 janvier 1930, avec un certificat d'internement, où le Dr de Clérambault note : dépression atypique, probablement avec substratum prédéméntiel, mutisme, catatonisme, maniérisme, état très saburral. Trémulations fibrillaires. Négligence corporelle. Hérédité : mère et sœur internées.

Cette malade ne semble avoir présenté aucune affection grave dans son enfance. Elle a toujours été considérée comme peu intelligente. Les troubles mentaux ont débuté dix mois avant l'internement par des interprétations, des idées érotomaniaques, des idées d'influence, des impulsions.

De 1930 à 1936, évolution cyclique mais polymorphe des manifestations mentales. Les paroxysmes sont caractérisés par des syndromes atypiques qui, malgré la périodicité des accès, ont fait penser dès le début à un syndrome de démence précoce. Il s'agissait, soit de dépression avec refus d'aliments et s'accompagnant de pleurs, de cris, de chants, de gâtisme, de dénudation, soit de dépression simple avec catatonie et mutisme, soit d'excitation colérique, soit de phénomènes confusionnels. Examens humoraux négatifs dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Dans les intervalles des accès, la malade se livrait à des travaux simples de ménage, se comportait correctement ; elle était propre et faisait preuve d'un caractère doux et poli. Ces phases de lucidité, très variables comme durée, se sont reproduites cinq fois. A partir



de novembre 1936, syndrome catatonique, inertie, mutisme, négativisme, catalepsie, flexibilité cireuse ; la malade reste des heures les yeux ouverts, fixant le plafond ; elle ne s'alimente que la tête cachée sous les draps. Cet état persiste sans modification jusqu'en août 1941, où l'on constate une cachexie progressive avec œdèmes. Décès le 6 décembre 1941, à l'âge de 36 ans.

**AUTOPSIE.** — On ne note rien de particulier dans les divers organes.

**Encéphale.** — *Examen macroscopique* : Aucune lésion localisée. La pie-mère présente des épaississements blanchâtres et adhère au cortex. L'hémisphère droit pèse 535 gr., le gauche est du même poids ; le cervelet et le bulbe 160 gr.

*Examen microscopique.* — *Méninges* : Pie-mère adhérente au cortex, à la face libre des circonvolutions. Dans les sillons, elle est épaissie, fibreuse et également adhérente par places.

*Cortex* : Atrophie et pigmentation des cellules ganglionnaires ; leur noyau est situé excentriquement. Architectonie troublée. Les parois des vaisseaux sont épaissies et par places sont infiltrées de cellules embryonnaires et de macrophages bourrés de pigment.

Nombreux foyers de sclérose intéressent le cortex. Ils ont tantôt le volume d'une tête d'épingle, tantôt ils occupent toute la couche moléculaire qui borde un sillon ; la pie-mère qui se trouve au fond du sillon est alors infiltrée de cellules embryonnaires. Par la méthode d'Hortéga pour la névroglie, on note que certains de ces foyers sont constitués par des astrocytes volumineux à plusieurs noyaux et à expansions protoplasmiques très épaisses, par conséquent d'une forme de sclérose encore évolutive. D'autres foyers, surtout situés dans la couche moléculaire qui borde le fond des sillons, sont formés de sclérose ancienne ne présentant plus aucun caractère évolutif.

En dehors de ces foyers, la couche moléculaire est le siège d'un tissu névroglie hyperplasié renfermant des astrocytes volumineux.

*Noyaux gris centraux et couches optiques* : Les cellules nerveuses sont atrophiées et pigmentées. Quelques vaisseaux ont leurs parois infiltrées de cellules embryonnaires. Ependyme normal.

*Plexus choroïde* : Aucune lésion.

*Péduncules cérébraux et bulbe* : Quelques vaisseaux ont leurs parois infiltrées de cellules embryonnaires. Les cellules des olives sont atrophiées et pigmentées.

*Cervelet* : Mêmes lésions importantes des cellules des noyaux dentelés.

*En résumé*, à l'examen anatomo-pathologique du cerveau de cette démente précoce, on observe des lésions de méningo-encéphalite évolutive à marche lente, processus que l'on note dans les cas de démence précoce à l'origine desquels il existe une toxi-infection. Alors la question se pose : quel rôle a joué l'hérédité ?

Mais le problème se complique encore. La sœur de la malade, qui présenta elle aussi un syndrome de démence précoce, a d'abord été hospitalisée à l'hôpital Henri-Rousselle. Nous avons pu retrouver le certificat d'internement qui est ainsi conçu : Spécificité cérébrale chez une déséquilibrée constitutionnelle ; idées délirantes de persécution et de mysticisme. Bordet-Wassermann positif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Liquide de céphalo-rachidien : albumine, 0,90 ; Pandy + ; leucoeytes, 195 ; benjoin, 11110.22222.21000.

Ainsi, chez ces deux sœurs dont la mère était atteinte de psychose maniaque-dépressive et toutes deux d'un syndrome de démence précoce, les facteurs acquis ont joué un rôle prépondérant. Dans une statistique, cette observation serait venue grossir le pourcentage des affections mentales purement héréditaires alors qu'en réalité il s'agit d'une fausse apparence d'hérédité. Actuellement, les cas de malformations cérébrales par défaut de développement embryonnaire étant mis à part, bien des auteurs sont d'avis que les processus morbides héréditaires ne surviennent qu'à l'occasion de quelques facteurs toxiques, infectieux ou traumatiques qui jouent ainsi un rôle révélateur de l'hérédité. On n'hériterait que d'une fragilité cérébrale. Notre cas s'accorde avec cette opinion.

#### DISCUSSION

M. DUBLINEAU. — Le premier point vise la question des relations d'une formule à type de syphilis cérébrale, et d'un syndrome de démence précoce. Nous avons actuellement dans le service un homme qui, interné il y a plus de quinze ans dans des conditions de compétence indiscutable, avec le diagnostic de démence précoce, a révélé en 1935, à l'occasion d'une ponction lombaire, une formule liquidienne de syphilis cérébrale. Traité, cet homme qui présente seulement actuellement un très vague délire mégalomane, travaille normalement et sert d'homme de confiance dans les quartiers. Ceci pour rappeler la contingence des critères nosologiques.

Le second point est d'ordre plus général, bien que se rattachant au premier : le syndrome ne vaut que dans la mesure où lui-même est rattaché à la typologie du sujet. Etant entendu que cette typologie doit être comprise dans un sens plus fonctionnel que statique. Il y a une évolution de l'individu. Il y a des accidents dans cette évolution, chacun de ces faits entre en ligne de compte pour la détermination de la formule psychopathologique, voire psychosomatique. Le syndrome apparaît comme la résultante de tout cela, à quoi s'ajoutent les critères de la lignée. Alors seulement le problème de l'hérédité

prend un sens puisque l'hérédité n'est elle-même autre chose que partie dans le bilan tyfofonctionnel du sujet.

M. MARCHAND. — De plus en plus, je suis convaincu que la syphilis donne des formes très atypiques de syndromes et qu'elle intervient, tant au point de vue acquis qu'héréditaire, dans des conditions que nous ne faisons que soupçonner.

M. DUBLINEAU. — Je suis heureux que l'autorité de M. Marchand vienne appuyer une opinion que je me suis permis de défendre ici même depuis de nombreuses années. Il est certain, comme j'ai eu l'occasion de le rappeler à l'époque, que les formes de syphilis cérébrale à formule biologique positive ne constituent qu'une infime partie des cas psychopathologiques dans lesquels, sous une forme ou sous une autre, intervient la syphilis.

### **Amnésie rétro-antérograde avec fabulation après électrochoc, par MM. Jean DELAY, J. MAILLARD et R. BINOIS.**

OBSERVATION. — Mme D., âgée de 36 ans, entre dans le service le 24 février 1942 pour un épisode de manie atypique. Dans ses antécédents on trouve un traumatisme frontal gauche, avec légère perte de substance, en 1937. A cette date remontent les troubles mentaux. Une communication ultérieure sera faite sur les rapports du traumatisme et de la manie.

Dans le service, ses états d'excitation présentent une telle intensité que nous nous décidons, malgré le traumatisme, à instituer le traitement par électro-choc. Le 27 octobre a lieu la première séance. Dès la troisième, une nette amélioration se manifeste. Après la cinquième séance, la malade est calme, se présente bien, répond aux questions. Le maniérisme et les stéréotypies ont disparu. Mais on observe de graves troubles de la mémoire, apparus brusquement. Ce qui frappe d'emblée c'est une amnésie — type amnésie de fixation des anciens auteurs. Pendant quelques jours, la malade répondra invariablement qu'elle est arrivée la veille au soir dans le service et elle ne se rappelle rien de cette journée. Mais cette amnésie *antérograde* s'accompagne d'une amnésie *rétrograde* importante. La malade se croit en 1939 et toute la période postérieure à cette date est oubliée.

Ces troubles ont déjà été décrits. Ce sont des complications, on le sait, relativement fréquentes et toujours bénignes du traitement par l'électro-choc. Mais dans le cas présent certaines particularités sont remarquables :

C'est une amnésie des faits passés qui s'étend sur une longue période. La malade reporte son passé le plus récent à 1939 et le processus amnésique dissocie même la trame des souvenirs, mais sans les abolir tous, jusqu'à une date plus reculée (1937) : c'est ainsi que Mme D... a oublié les circonstances de son accident.

C'est une *amnésie globale* pour toute la période qui remonte jusqu'en 1939.

C'est une amnésie dont la malade est absolument *inconsciente*.

Et c'est enfin une amnésie qui s'accompagne de *fabulation*. Cette association d'amnésie antérograde avec fabulation évoque l'idée d'un syndrome amnésique korsakowien consécutif à l'électro-choque ; il n'y a pas de polynévrite évidemment.

Deux objets ont retenu notre attention. Du point de vue clinique, l'évolution même de cette amnésie. D'un point de vue théorique, le contenu du récit fabulé qui éclaire, nous semble-t-il, le mécanisme des amnésies dites de fixation et d'évocation et vient à l'appui de la thèse que l'un de nous a récemment défendue (1).

Le traitement est suspendu devant les troubles de la mémoire, qui régressent alors rapidement. L'amnésie antérograde dure peu. Au bout de trois jours, la malade fixe parfaitement ses souvenirs. Mais, fait curieux, ces trois jours où semble-t-il elle n'a rien fixé, ne déterminent pas une amnésie lacunaire consécutive, ne laissent pas un trou définitif dans la mémoire. Peu à peu, les événements de ces journées sont reconnus, évoqués spontanément, s'organisent. Et l'on assiste à une régression parallèle des amnésies antérograde et rétrograde. Le « trou » de mémoire est comblé par deux processus simultanés : à partir du présent, l'un remonte vers le passé, tandis que l'autre, à partir du passé demeuré indemne, progresse vers le présent. Le 12<sup>e</sup> jour, la jonction s'opère, l'amnésie est liquidée.

Cette évolution nous invite à penser que cette amnésie antérograde n'est pas consécutive à un trouble élémentaire de la fixation. L'étude du contenu du récit fabulé va nous en convaincre. Tant que dure son amnésie antérograde, la malade explique chaque jour qu'elle est arrivée la veille. Auparavant elle était chez elle où elle se livrait à ses occupations ménagères. Elle est venue se présenter à l'hôpital, qu'elle appelle volontiers l'administration, avec des « compagnes », « en tenue blanche » rencontrées à la sortie de l'école alors qu'elle allait chercher sa fille. Les conditions de séjour lui ont plu et elle s'est engagée. Telle est, avec des variantes, la version qu'elle donnera pendant quelques jours de son entrée dans le service.

(1) Jean DELAY. — *Les dissolutions de la mémoire*, p. 69-121. Presses Universitaires de France, Paris, 1942.

Nous ne pouvons rapporter toutes les déclarations de notre malade, mais si nous cherchons à classer les éléments qui composent le récit fabulé, nous trouvons :

des souvenirs qui appartiennent à ce qu'on peut appeler avec Charles Blondel : le savoir : d'où certains aspects *vraisemblables* de ces récits ;

des souvenirs qui appartiennent à un passé plus ou moins éloigné mais qui, détachés de leur contexte, errant dans la mémoire, peuvent, sans gêner la malade, être utilisés dans n'importe quel récit. *On pourrait les appeler souvenirs ecmnésiques*. Elle est bien allée attendre sa fille à la sortie de l'école, mais c'est autrefois, il y a une dizaine d'années et non pas hier. On n'a pas constaté cependant d'ecmnésie proprement dite ;

des souvenirs qui appartiennent à la période d'amnésie antérograde mais qui, eux aussi, sont détachés d'un ensemble. Si on interroge notre malade sur ce qu'elle a fait la veille, elle ne se rappelle rien. Ne raconte-t-elle pas qu'elle est arrivée le soir et que, dans la journée, elle se trouvait chez elle. Et pourtant, dans le récit, on retrouve des éléments qui se rapportent très exactement à ce qui lui est arrivé cette même journée à l'hôpital.

Demande : Vous êtes ici depuis combien de temps ? — Réponse : Depuis hier.

D. : Comment êtes-vous venue ? — R. : Je me trouvais avec des petites compagnes et puis des dames en tenue blanche.

D. : Où ? — R. : Nous étions dans l'immeuble de l'école.

D. : Quelle école ? — R. : Comment dirais-je ? Evidemment dans la même école que celle-ci.

D. : Alors, hier, que s'est-il passé ? — R. : Nous avons été dispersées, l'une dans une pièce, l'autre dans une autre.

D. : Quand êtes-vous arrivée ici ? — R. : Hier après-midi.

Ce dialogue a lieu le 7 novembre. L'amnésie antérograde dure depuis le 5. Or, la « dispersion » dont parle la malade répond à un souvenir exact. Les malades ont été changées de salle. Cet événement a eu lieu d'ailleurs non pas le 6 mais le 5. C'est donc un souvenir exact, mais désintégré d'un ensemble et qui a perdu sa signification. Ainsi, certains souvenirs de la période dite d'amnésie de fixation ont été fixés et peuvent être évoqués. Il n'y a donc pas eu une atteinte globale de la fonction de fixation et il faudrait reconnaître à celle-ci plusieurs degrés.

A un premier degré il y aurait fixation de quelque chose qui modifiera la conduite ultérieure sans donner naissance à des



images qui deviendront des souvenirs. Ce serait le « fait mnésique primitif » commun à l'habitude et à la mémoire.

A un degré de plus, la fixation donne naissance à des images qui pourront s'évoquer spontanément, être reconnues comme passées, mais sans pouvoir être localisées. Ce sont les souvenirs du premier degré, ceux que nous rappelions plus haut. C'est sans doute un mode de fixation très fréquent dans la vie normale. Car tous les souvenirs ne font pas l'objet du travail mental que suppose la fixation du 3<sup>e</sup> degré qu'on peut décrire comme un acte de mémoration supposant la « construction du présent » dans le moment même où on le vit.

Notre malade est incapable, pendant tout le temps que dure son amnésie antérograde, d'accomplir cette action particulièrement difficile. Mais en quoi consiste le déficit ? En un trouble qui porte sur la fonction du temps. Tout se passe comme si la malade avait vécu, pendant trois jours, un présent instantané, un présent sans épaisseur, où le retour sur les perceptions devenu impossible ne permet plus la mémoration. Et ce désintérêt porté au temps réel, à la durée, s'exprime dans une réponse de notre malade. Elle vient de nous dire : « Je vous ai vu hier matin ou hier après-midi ». Et comme nous lui demandons : « Je croyais que vous n'étiez ici que depuis hier soir », elle répond : « Ça ne fait rien du moment que les heures ont passé ».

Et il nous paraît intéressant que l'amnésie antérograde s'accompagne dans la règle d'amnésie rétrograde particulièrement marquée, d'ailleurs, chez Mme D. C'est que le même trouble de la fonction temporelle atteint et la mémoire qui se constitue (mémoration) et la mémoire qui se souvient (remémoration). Les souvenirs du passé plus ou moins récent ne sont ni détruits ni même véritablement inhibés, mais ils se présentent au hasard, sans que le malade se préoccupe du *moment* de sa vie qu'ils intéressent.

*En résumé* : amnésie antérograde avec fabulation qui a été transitoire et fournit de nouveaux documents à l'étude des amnésies de « fixation » et d'« évocation ».

Notons que notre malade a été de nouveau soumise au traitement le 19 novembre et qu'après cinq séances elle n'a présenté aucun nouveau trouble de la mémoire.

#### DISCUSSION

M. BEAUDOUIN. — Je note que cette malade a présenté naguère un traumatisme. Le problème de l'amnésie dans ces conditions se double

d'une question médico-légale en raison de l'existence des amnésies retardées, classiques en matière d'épilepsie.

M. Jean DELAY. — Je rappellerai quelques caractères propres aux différents types d'amnésie : 1°) *l'amnésie rétrograde* comprend elle-même différents types : amnésie parcellaire consistant seulement en quelques oublis, amnésie *lacunaire*, s'étalant sur plusieurs heures ou plusieurs jours, voire plusieurs années (dans le cas présent, oubli de ce qui s'est passé entre 1942 et 1937), amnésies thématiques où le sujet oublie le thème délirant ;

2°) *l'amnésie antérograde* est plus ou moins intense. C'est une amnésie, non de fixation, mais de mémoration. Le processus de fixation est intact. L'étude de la mémoire immédiate (répétitions de chiffres) le prouve. Les troubles portés sur la mémoration, le comportement, le récit fabulé montrent d'ailleurs qu'il y a des images fixées, des souvenirs ;

3°) *l'amnésie rétro-antérograde* s'accompagne de fabulation, de pseudo-souvenirs, de fausses reconnaissances. C'est la grande dissolution de la mémoire avec délire de mémoire. Il y a des souvenirs dont on ne peut dire qu'ils soient vraiment tels. Il y a des images et non des souvenirs.

Quoi qu'il en soit, il faut souligner le caractère bénin de l'amnésie dans l'électro-choïc. Fréquente puisqu'elle s'observe dans 75 0/0 des cas, elle ne constitue pas une contre-indication de cette thérapeutique.

**Syndrome excito-dépressif ; idées délirantes puériles, anémie, éosinophilie (présentation de malade),** par MM. Henri BEAUDOUIN et J.-L. BEAUDOUIN.

OBSERVATION. — R... Marie, Vve Z..., 57 ans, est entrée dans notre service le 10 décembre dernier, accompagnée de certificats notant, à l'hôpital Henri-Rousselle : « excitation psychique d'aspect maniaque..., examen neurologique négatif... » (D<sup>r</sup> Pichard) et, au service de l'admission : « excitation psychique avec délire incohérent..., douleurs musculaires, démarche difficile, amaigrissement, *anémie* » (D<sup>r</sup> Guiraud).

Le tableau clinique présenté les premiers jours est surtout celui d'une hypomanie, avec extrême variabilité d'humeur, et manifestations de tristesse, avec évocations pénibles, assez marquées pour que nous ayons préféré pour titre — en raison aussi d'une période antérieure mal analysée — celui de « syndrome excito-dépressif ». La loquacité porte sur des assertions décousues et puériles, d'ordre surtout expansif : sainte, Jeanne d'Arc, petite-fille du Christ, elle nous convie à des agapes fantastiques. Au début, négation du décès de son mari, expliquée : « Je rêve de lui, donc il n'est pas mort »..., ce qu'elle rectifiera d'ailleurs peu après.

La formule délirante côtoie celle de la paralysie générale mais, outre l'absence de signes physiques, les réactions humorales du sang et du liquide céphalo-rachidien sont totalement négatives ; l'examen oculaire du Dr Bégue donne : réflexes et fond d'œil normaux ; selérose cristallinienne.

En fait, la teneur du délire relève d'un fond de débilité mentale, reconnu par l'intéressée spontanément (tête dure comme un rocher) et que les épreuves de Simon appliquées aux adultes permettent de situer au-dessous de la « débilité légère ».

Les renseignements sur les antécédents sont succincts, car la malade est sans relation avec ses proches, habitant d'ailleurs loin de Paris. Un cousin par alliance, très compréhensif, mais qui la voyait peu, précise qu'il la considère comme souffrante depuis juillet 1942, avec début progressif, préoccupations de santé. Il confirme les dires de la malade : ne se préparait plus d'aliments, remettait ses tickets à des personnes qui, semble-t-il, ne lui rapportaient rien en échange, recevait de voisins charitables quelques assiettes de soupe..., elle restait parfois plusieurs jours sans manger (?)

Fin juin d'après elle, incapable de se « tenir sur les jambes », elle s'alite. Cette vie ralentie dure jusqu'au moment de l'internement. Il n'y a pas eu de placement antérieur, pas d'accès observés, mais elle semble avoir été toujours hypertonique, « gaie, plutôt insouciante ».

A son arrivée, elle pèse 37 kilos. La démarche est gênée, un peu spasmodique. Les réflexes rotuliens sont vifs ; l'achilléen gauche paraît plus faible que l'homologue. La recherche des troubles de la sensibilité aux membres inférieurs reste négative.

La pâleur de la peau et des muqueuses nous a incités à faire une série d'hémogrammes dont voici les résultats — en dehors de toute thérapeutique, et avec le seul régime alimentaire de la maison :

	12/12/42	25/12/42	6/1/43	9/1/43
Hématies .....	2.830.000	3.673.330	3.193.000	3.306.660
Globules blancs ..	8.800	9.600	17.800	16.400
Hémoglobine 0/0 ..	70	70	80	80
Valeur globulaire.	1,42	0,98	1,29	1,22
Neutrophiles 0/0..	39	47	58	60
Eosinophiles 0/0..	50	37	26	34
Basophiles 0/0 ...				
Lymphocytes ....	10	11	12	4
Monocytes .....	1	5	4	2
Formes anormales			rares plaq. rares plaq.	

Glycémie, 1,25. Cholestérolémie, 1,60. Azotémie, 0,25. R.G., 4,6. Viscosimétrie, 3,8. Calcémie, 101 mmgr.

A l'examen clinique, pas d'hypertrophie hépatique, splénique ou ganglionnaire, pas de signes digestifs importants.

A l'examen radioscopique (D<sup>r</sup> Bellin), image thoracique normale. Après la récente amélioration mentale, la malade fait état de crises dyspnéiques nocturnes faisant penser à l'asthme. Deux ascensions vespérales récentes de la température à 38°.

Ainsi, un syndrome clinique, qui ne saurait prêter à discussion, paraît présenter quelque intérêt d'ordre étiologique. Encore qu'il nous manque des renseignements précis sur l'évolution antérieure, le critère de l'évolution ultérieure et du traitement, et la réponse des recherches de laboratoire à effectuer, il semble qu'on puisse dégager quelques points essentiels.

Le syndrome exéto-dépressif, apparemment en réduction actuelle, lié à un état constitutionnel net, ne paraît pas cliniquement lié à une nette périodicité. On est en droit de l'envisager comme en rapport avec des troubles organiques, exprimés par des anomalies de la formule sanguine.

Celle-ci marque une « anémie » moyenne, mais nette, ayant régressé quelque peu sans traitement spécial après le placement. Malgré l'absence de troubles digestifs et la discrétion des signes nerveux périphériques, il semble qu'on puisse envisager l'étiquette de syndrome psycho-neuro-anémique... en soulignant l'importance capitale du fonds constitutionnel.

La constatation parallèle d'une éosinophilie de pourcentage très important (avec une légère régression parallèle elle-même à la légère augmentation des hématies) reste un problème à élucider : aucune crise dyspnéique n'a été constatée depuis son entrée ; il n'apparaît pas qu'on se trouve au décours d'une infection aiguë caractérisée, et le seul examen clinique, aidé de la radioseopie, ne montre pas qu'il y ait parasitose. Nous espérons que l'évolution et les recherches ultérieures pourront nous apporter des éclaircissements sur ce point.

La séance est levée à 11 heures 20.

*Le secrétaire des séances :*

Pierre MENUAU.

---

Séance du Lundi 25 Janvier 1943

---

Présidence : M. André BARBÉ, ancien président  
M. Henri BEAUDOUIN, président

---

### Allocution de M. André BARBÉ, ancien président

MES CHERS COLLÈGUES,

Je vous remercie tout d'abord de l'honneur que vous m'avez fait en m'appelant à présider vos séances pendant l'année 1943. Ces séances ont été très instructives, aussi bien celles qui étaient consacrées aux communications que celles qui étaient réservées aux présentations cliniques.

Mais si l'on doit décerner des éloges à notre Société sur un grand nombre de sujets, on lui doit aussi, à mon avis, quelques reproches, car le véritable intérêt que l'on porte à une personne ou une Assemblée ne consiste pas à lui faire uniquement des compliments, mais à lui dire ce que l'on considère comme la vérité, même et peut-être surtout si celle-ci est parfois pénible à entendre. Tout d'abord, nos séances ne commencent jamais à l'heure fixée sur les convocations ; ce retard présente le double inconvénient de manquer de courtoisie à l'égard du Bureau et de faire hâtivement les dernières communications ou présentations. Ensuite, nous nous livrons, à mon avis, à beaucoup trop de considérations psychologiques, aux dépens de la bonne et saine clinique. Enfin, le silence qui devrait régner pendant toutes nos séances n'est pas toujours suffisamment observé. Je vous demanderai de ne point prendre en mauvaise part tout ce que je viens de vous dire, mais comme la simple et modeste manifestation du désir que j'aurais à voir notre Société conserver son importance et le rôle essentiel qu'elle doit jouer sur la scène médicale.

Ce n'est pas sans regret que nous avons dû enregistrer la démission de notre Secrétaire général, M. Vié, mais il fallait s'incliner devant les raisons qu'il invoquait ; je salue ici son successeur, M. Dublineau, qui nous a déjà donné des preuves de son activité lorsqu'il faisait l'intérim. MM. Carrette, Menuau et Collet savent trop en quelle grande estime je les tiens pour qu'il soit ici nécessaire de leur exprimer notre reconnaissance.

Ceci dit, je cède la place à notre distingué collègue, M. Beaudouin, en même temps que j'invite notre nouveau vice-président, M. Lhermitte, à venir siéger à ses côtés.



**Allocution de M. Henri BEAUDOUIN, président**

MES CHERS COLLÈGUES,

Après avoir remercié notre ancien président, M. A. Delmas, des paroles aimables qu'il m'adressait en quittant ce fauteuil, et M. A. Barbé qui le quitte aujourd'hui, je dois vous exprimer ma gratitude pour la distinction que vous m'avez accordée lors des avants-dernières élections de votre bureau. Je ne peux la croire quelque peu méritée que si elle eut pour objet les travaux, déjà lointains, que j'ai pu mener à bien sur l'assistance aux aliénés, en collaboration avec Julien Raynier. Aussi je veux croire que c'est un nouvel hommage à sa mémoire que notre Société rend aujourd'hui au collègue dont nous ressentons toujours si cruellement la disparition.

A envisager l'avenir et les travaux de notre Société pour cette nouvelle année, nous devons éprouver de vives préoccupations. Nous vivrons ici, de plus en plus « sous le signe » de l'économie à outrance. Les circonstances nous obligent, comme les autres sociétés scientifiques, à limiter nos comptes rendus. Pour concilier ces exigences avec une toujours aussi grande activité de nos séances, me permettez-vous une suggestion ? Je la propose d'autant plus aisément que je n'en suis pas l'auteur, et que je l'ai entendue ici-même, à l'époque où je commençais de fréquenter ces réunions, de la bouche du professeur Georges Dumas : il exposait que les séances ordinaires pourraient utilement être consacrées en partie à élaborer la définition des termes courants du vocabulaire psychiatrique... N'apparaît-il pas que de tels travaux pourraient à la fois animer heureusement nos discussions et se traduire par une place minime sur le *Bulletin* de la Société ?

En face des difficultés qui s'annoncent, j'ai l'extraordinaire chance de me voir étayé de la façon la plus solide ; d'une part par M. Lhermitte — qu'il me paraît assez étrange de précéder à cette place — et d'autre part par notre nouveau secrétaire général, M. Dublineau, sans oublier les secrétaires des séances, MM. Carrette et Menuau.

Mais les économies ne portent pas seulement sur l'encre et le papier. Elles valent aussi pour le chauffage, la lumière, et le temps passé aux stations de la S.T.C.R.P. Il n'y a plus de place actuelle pour les flâneurs, les rêveurs, les attardés. Force nous sera donc de commencer à l'heure « précise » nos exposés et nos discussions. J'espère que nous saurons, tous, nous soumettre à cette discipline indispensable.

**Adoption du procès-verbal**

Le procès-verbal de la séance du 21 décembre 1942 et le procès-verbal de la séance du lundi 12 janvier 1943 sont adoptés.

## Correspondance

La correspondance manuscrite comprend :

des lettres de MM. les D<sup>rs</sup> TOULOUSE, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre honoraire*, et FURET, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre correspondant national* ;

des lettres de MM. les D<sup>rs</sup> BONNAFÉ, médecin-directeur de l'Hôpital psychiatrique de Saint-Alban (Lozère), et HECAEN, médecin des hôpitaux psychiatriques, qui demandent à faire partie de la Société au titre de *membre correspondant national* de la Société : une Commission, composée de MM. BESSIÈRE, LHERMITTE et Xavier ABÉLY, rapporteur, est désignée pour l'examen de ces candidatures ; le vote aura lieu à la séance du lundi 22 février 1943.

## Prix de la Société

La Société aura à décerner en 1943 :

1° le *prix Aubanel* : un mémoire a été déposé ; une Commission, composée de MM. FRIBOURG-BLANC, RONDEPIERRE et MARTIMOR, rapporteur, est désignée pour l'examiner ; le rapport sera présenté à la séance du 10 mars 1943 ;

2° le *Legs Christian* : aucune candidature n'a été présentée.

## Vacance d'une place de membre titulaire

Une place de *membre titulaire* est déclarée vacante. Les candidats devront avoir posé leur candidature avant la séance du lundi 22 février 1943. Les élections auront lieu à la séance du 23 mars 1943.

## Election de trois membres correspondants nationaux

Après lecture des rapports de M. MARTIMOR, au nom d'une Commission composée de MM. LAIGNEL-LAVASTINE, MARTIMOR et VIÉ, sur la candidature de Mlle le D<sup>r</sup> JOUANNAIS ; de M. GUIRAUD, au nom d'une Commission composée de MM. Jean DELAY, GUIRAUD et HEUYER, sur la candidature de M. le D<sup>r</sup> FOUQUET ; de M. Jean DELAY, au nom d'une Commission composée de MM. BEAUDOUIN, Jean DELAY et HEUYER, sur la candidature de M. le D<sup>r</sup> HAZEMANN, il est procédé au vote pour l'élection de membres correspondants nationaux :

Nombre de votants .....	24
Majorité absolue .....	13

Ont obtenu :

Mlle le D <sup>r</sup> JOUANNAIS .....	24 voix
M. le D <sup>r</sup> FOUQUET .....	24 —
M. le D <sup>r</sup> HAZEMANN .....	21 —

Mlle le D<sup>r</sup> JOUANNAIS, Médecin-Chef de l'hôpital psychiatrique de Rouen, M. le D<sup>r</sup> FOUQUET, Chef de Clinique psychiatrique à la Faculté de Médecine de Paris, médecin des hôpitaux psychiatriques, M. le D<sup>r</sup> HAZEMANN, Médecin-Inspecteur de l'Office public d'Hygiène sociale, sont élus *membres correspondants nationaux*.

## COMMUNICATIONS

### Inversion systématique dans la désignation droite-gauche chez certains enfants, par MM. CÉNAC et H. HECAEN.




Au cours de l'examen d'un certain nombre d'enfants des écoles en vue d'établir leur niveau mental, par les tests de Binet de Simon, certains faits ont retenu notre attention. Parmi les tests correspondant à l'âge mental de 7 ans il en est un qui consiste à demander à l'enfant la désignation de la droite et de la gauche. Certains répondent normalement et désignent correctement leur main droite et leur oreille gauche. D'autres commettent des erreurs et semblent répondre au hasard. Le test, dans ces deux cas, conserve toute sa valeur et apporte, ajouté à d'autres tests, un élément positif ou négatif, pour l'évaluation du niveau mental de l'enfant examiné. Le hasard nous a fait rencontrer, dans un court laps de temps, deux enfants qui, soumis à ce test, ont répondu à *de multiples reprises par une inversion systématique dans la désignation droite, gauche*.

Nous avons été ainsi déterminés à rechercher, par la suite, des enfants présentant le même trouble et nous avons pu observer, sur 172 enfants examinés depuis janvier 1942, cinq sujets se trompant régulièrement dans la désignation droite-gauche. Nous les avons soumis à une série de tests destinés à mettre en lumière le trouble observé, en essayant *de le caractériser et de le différencier* et pour cela, nous avons exploré les grandes fonctions intellectuelles, telles que : langage, praxie et gnosie.

OBSERVATION 1. — Fernande M..., 8 ans 3 mois. Retard mental de 1 an 3 mois. Débilité motrice légère (syncinésies). Droitière.




Inversion systématique du couple droite-gauche sur demande et en

copiant les mouvements de l'observateur (test de Head). Les yeux fermés, hésitation et lenteur dans la recherche avec la main libre d'une de ses mains tenue en l'air.

Pas d'agnosie digitale. Le langage est correct, lecture bonne, pas de troubles praxiques. Dans l'écriture, ne peut écrire que sous dictée : fait des erreurs telles que dédé pour bébé, ne peut écrire les *b* ; l'insitutrice signale qu'elle inverse constamment les *p*. Le dessin géométrique spontané ou copié est bon, de même que la construction avec des pièces de bois. Le sens de l'espace ne paraît pas troublé (test de Von Woerkom). Grosse déficience arithmétique ; ne peut calculer qu'en comptant sur ses doigts, incapable d'exécuter le moindre calcul en lisant les chiffres. Priée d'identifier des dessins tels que    reconnaît ceux dont l'orientation de la barre horizontale est strictement l'inverse du dessin montré.

OBSERVATION 2. — Germaine M..., sœur de la précédente, 7 ans 2 mois. Droitière, pas de retard mental, mais retard scolaire. Débilité motrice nette. Sigmatisme léger.

Inversion systématique du couple droite-gauche, comme chez sa sœur. L'agnosie digitale n'est mise en évidence que si on la recherche les yeux fermés.

Pas de trouble praxique. Pas de trouble du langage. A la lecture, confond les *d* et les *b*, mais lit correctement. L'écriture : difficulté pour écrire les *d* et les *b*. Pas de trouble dans le dessin géométrique et dans la construction ; pas de trouble du sens de l'espace ; pas d'erreur dans la reconnaissance des dessins    . Déficit arithmétique : confond les 6 et les 9, ne reconnaît pas le chiffre 6 à la lecture.

OBSERVATION 3. — Charles P..., 10 ans ; retard mental de 2 ans 7 mois. *Gaucher*. Débilité motrice légère.

Inversion systématique du couple droite-gauche. Prié, les yeux clos, de rechercher avec la main libre, l'autre maintenue en l'air, manque de précision et hésite dans cette épreuve.

Agnosie digitale nette les yeux ouverts. Pas de trouble praxique ni du langage. Grosse difficulté dans le calcul simple.

OBSERVATION 4. — Jeannine Z..., 8 ans 6 mois. Pas de retard mental ; léger retard scolaire. *Gauchère*. Débilité motrice nette (paratonie, syncinésies).

Inversion du couple droite-gauche ; a essayé d'utiliser quelques repères, mais ainsi hésite, s'embrouille. Agnosie digitale, les yeux ouverts. Grosses erreurs si on lui demande les yeux fermés de rechercher avec la main droite sa main gauche tenue en l'air.

Pas de troubles du langage. Pas de troubles praxiques. A la lecture, confond absolument les *b* et les *d*. Écriture en miroir de la main gauche. Pas de troubles dans le dessin géométrique, dans la construction, ni du sens de l'espace. Quelques erreurs de reconnaissance des

dessins  $\square \sqcap \square$ . Calcul : peut lire les nombres de trois chiffres ; l'addition est la seule opération possible.

OBSERVATION 5. — Jean H..., 19 ans. Gaucher non rééduqué, ambidextre actuellement ; étudiant préparant Polytechnique.

Se rappelle qu'il lui était impossible de savoir quelle était sa droite et sa gauche jusqu'à ce qu'il se serve d'un moyen de repérage ; doit se représenter visuellement le mot Gédéon, les lettres G et D indiquant la place dans l'espace de la droite et de la gauche. Actuellement, aux tests main, œil, oreille de Head, hésite avant d'y parvenir.

Pas d'agnosie digitale. Pas de troubles praxiques, pas de troubles du langage. Ecriture en miroir de la main gauche et même de la main droite, mais moins aisée. Ordinairement, écrit normalement et ne se doutait pas jusqu'à notre examen qu'il pouvait écrire en miroir. Ne peut relire cette écriture. A la lecture des caractères d'imprimerie, confusion fréquente entre les *d* et les *b*. Sans son moyen de repérage, est incapable de s'orienter sur un plan. Dans les opérations arithmétiques, pas de difficultés, si ce n'est pour la division, pour laquelle il doit se rappeler que ce mot commence par un *d* comme le mot début afin de diviser le nombre par son début.

Antécédents familiaux. — Grand'mère paternelle : gauchère non rééduquée. Père droitier : écriture en miroir de la main droite, hésitait dans son enfance pour désigner la droite et la gauche, se repérait sur une cicatrice d'un pouce.

Mère gauchère ignorée (se sert de cette main pour choses délicates) ; une sœur gauchère non rééduquée, écriture en miroir de la main gauche. Une sœur droitère, mais hésitation pour désigner la droite et la gauche, doit se rappeler le siège de son cœur.

Nous voyons d'après ces observations que la désorientation droite-gauche est encore assez fréquente chez l'enfant ; avec l'âge elle tend à disparaître, l'enfant utilisant des repères divers pour la corriger. A quelle perturbation plus générale pouvons-nous rattacher ce trouble ? Piaget, qui étudie l'apparition de cette distinction entre droite et gauche, croit qu'elle dépend simplement du jugement et du raisonnement. Mais Schilder pense au contraire qu'elle est en relation avec le développement de notre schéma corporel.

D'autre part, nous trouvons la désorientation droite-gauche comme élément du syndrome de Gerstmann associé à l'agnosie digitale, l'acalculie, l'agraphie. Bien qu'il soit toujours hasardeux de vouloir comparer un trouble du développement avec un trouble dû à une lésion chez un sujet dont les fonctions cérébrales sont entièrement développées, il paraît cependant fructueux de tenter l'analogie. Chez nos sujets en effet, l'examen



systématique nous révéla l'agnosie digitale nette dans deux cas (obs. 3 et 4), légère et demandant à être recherchée les yeux fermés dans un cas (obs. 2), des troubles de la lecture (confusion des lettres *b* et *d*) (obs. 4 et 5), la difficulté des opérations arithmétiques les plus simples (obs. 1 et 2), des troubles agraphiques relevant de mécanismes analogues à ceux des troubles de la lecture (obs. 1 et 2), des erreurs dans la reconnaissance de dessins à orientation différente (obs. 1 et 4), enfin l'écriture en miroir (obs. 4 et 5). Si nous ajoutons à cela le caractère familial (obs. 1 et 2, obs. 5) et la fréquence de la débilité motrice, nous aurons ainsi la physionomie du syndrome qu'il nous paraît possible d'isoler.

Dans un récent travail, Strauss et Werner (1) étudiant l'agnosie digitale chez l'enfant croient qu'il est nécessaire dans ce cas de la rechercher les yeux fermés bien que Gerstmann ait insisté sur le fait que son exploration devait être pratiquée les yeux ouverts. Avec cette méthode, Strauss et Werner la retrouvent fréquemment chez un groupe d'enfants présentant une déficience arithmétique notable et chez un enfant atteint de lésion cérébrale diffuse chez qui il existait une acalculie extrême la « finger agnosie » se montra très accusée.

Ces auteurs, comparant leur cas au syndrome de Gerstmann de l'adulte, rapportent l'acalculie à l'impossibilité de constituer un « schéma articulé » des doigts dans l'espace, les premiers concepts numériques existant concrètement comme représentation des doigts. L'agnosie digitale représente pour eux, comme pour Lange, un trouble des notions spatiales. Mais dans nos cas, la notion de l'espace en elle-même n'a pas paru atteinte mais c'est bien plutôt la transposition de cette notion à l'activité manuelle qui semblait perturbée. Aussi, employant la terminologie de Krapf et Courtis (2), nous dirons que c'était l'orientation et non la localisation qui était troublée chez les sujets étudiés par nous. Tous ces troubles d'orientation apparaissaient, par rapport au propre corps, ainsi la confusion des lettres symétriques, l'impossibilité de reconnaître les dessins à orientation différente, et même certains des troubles acalculiques et agraphiques. C'est la notion des deux côtés du corps par rapport à l'axe médian qui n'a pas atteint son développement et cette perturbation de la distinction droite-gauche s'étend au monde extérieur.

(1) STRAUSS et WERNER. — Finger Agnosia in Children. *American Journ. of Psych.*, 1939, t. II.

(2) KRAPF et COURTIS. — Syndrome optico-spatial par lésion pariétale. *Rivista Neurologica*, Buenos-Ayres, 1937.

En dernière analyse, l'ensemble des troubles relevés chez nos sujets nous paraît lié à un trouble du développement de l'image du corps ; notons cependant la quasi-constance de la débilité motrice, indice d'un trouble plus général.

Pour terminer, insistons sur la fréquence de la gaucherie dans ees cas (3 sur 5) et la constatation de l'écriture en miroir dans deux cas, faits sur lesquels nous nous proposons de revenir.

D'une modalité de l'écriture en miroir,  
par MM. CÉNAC et H. HECAEN.

De nombreuses théories ont été proposées pour expliquer l'écriture en miroir ; elles se résument en deux grands groupes : théories neurologiques et théories psychologiques, Critchley, considérant que son explication ne peut résider que dans la combinaison d'un complexe moteur et d'un complexe intellectuel. Devant cette même société en 1937 et en 1938 à propos de ees parentés par MM. Abély et Porot (1) une discussion s'était engagée sur son déterminisme et M. Porot se demandait si l'origine d'un tel trouble ne pouvait être recherchée dans une perturbation segmentaire du schéma corporel.

La fréquence de l'écriture en miroir chez les gauchers présentant l'ensemble symptomatique que nous décrivions précédemment et qu'il nous semblait possible de rattacher à un trouble d'évolution de la somatognosie nous incite à reprendre cette hypothèse. Nos constatations rejoignent celles d'Orton (2) sur certains points : cet auteur, en étudiant les dyslexies d'évolution, avait noté la fréquence de l'association : écriture en miroir, gaucherie et troubles lexiques (confusion des lettres symétriques, lecture en miroir), troubles analogues à ceux relevés chez nos sujets et qu'on tend actuellement à considérer comme d'ordre somatognosique. Signalons également que Drinkwater (3) avait rapporté l'observation d'une famille dont tous les membres présentaient, outre l'écriture en miroir, des syncinésies d'imitation et un phénomène indiquant une perturbation du schéma corporel : l'allochirie.

Tous les auteurs sont à peu près d'accord pour admettre que

(1) *Soc. méd.-psych.*, séances 9 décembre 1937 et 28 février 1938.

(2) *Trans. of American Neurol. Assoc.*, 1925.

(3) *Int. Conf. Méd.*, Londres, 1913, section XI.

l'écriture en miroir est l'écriture la plus naturelle pour le gaucher. Aussi, pour apprendre à écrire dans le sens habituel rencontre-t-il une grande difficulté qu'il ne peut vaincre que par l'apport des perceptions visuelles ; qu'elles soient déficientes comme dans la cécité verbale congénitale, dit Critchley, et il existe alors de l'écriture en miroir. Dans nos cas c'est la synthèse des différentes sensations et représentations visuelles, kinesthésiques, tactiles qui est perturbée, la correction des unes par les autres sera donc également impossible. De plus, le jeu des parties mobiles du corps étant réglé selon l'axe médian, l'absence d'orientation droite-gauche ne permet plus au gaucher qui présente ce trouble de se repérer spontanément et nécessite de sa part un effort d'attention pour retrouver les repères qu'il a construits dans le but de suppléer à cette déficience. Que la fatigue ou tout autre fait (Critchley signale la réapparition de l'écriture en miroir chez des sujets atteints de confusion mentale) empêche cet effort d'attention, le mode d'écriture le plus naturel à l'individu réapparaît (1).

La suppléance par les sensations et représentations visuelles joue un rôle considérable et il paraît bien qu'à mesure que le sujet avance en âge, c'est par leur utilisation qu'il arrive à compenser le trouble. Une observation chez un sujet âgé nous paraît en fournir la preuve. Sujet âgé de 60 ans ; gaucher rééduqué pour l'écriture mais qui fournit un très bel exemple d'écriture en miroir des deux mains mais avec plus grande facilité à gauche (à noter que, dans des périodes de distraction, il écrit sans le vouloir en miroir). L'orientation droite-gauche a été longtemps indécise et il devait utiliser des repères (doigt du porte-plume), il a présenté aussi de la lecture en miroir (lisait par exemple *ap* pour *pa*). Chez ce sujet qui, à l'heure actuelle, paraissait totalement rééduqué, l'agnosie digitale se relevait avec netteté dès qu'on la recherchait les yeux fermés. Le schéma corporel était désarticulé dans ses parties distales quand faisait défaut l'apport visuel.

Nous pensons donc être en droit de confirmer l'hypothèse avancée par le Professeur Porot en rattachant à un trouble de la somatognosie, ou tout au moins à un retard dans son intégra-

(1) L'étude d'un sujet que nous avons pu observer grâce à l'obligeance de notre ami Duchêne fait ressortir nettement ce que nous avançons. Il s'agit d'un syndrome analogue à ceux précédemment décrits de désorientation droite-gauche avec agnosie digitale, acalculie, troubles lexiques. Sa mère tentait de rééduquer cet enfant depuis un an. Au début de l'examen, aucun trouble n'apparaissait nettement à mesure que celui-ci se prolongeait et que l'attention n'était plus concentrée, les troubles gnosiques devenaient évidents.

tion l'origine, non pas peut-être de toutes les écritures en miroir, mais d'une certaine modalité d'entre elles.

## DISCUSSION

M. DUBLINEAU. — Les faits rapportés semblent s'apparenter à ceux qu'Ombredanne décrit comme relevant de la dyslésie d'élocution. Dans ce trouble, dont on trouvera la description dans un rapport du Congrès de psychiatrie infantile (Paris, 1937), l'enfant confond des lettres, et parfois des mots les uns avec les autres. Il s'agit pour Ombredanne d'anomalies de synchronisme dans le fonctionnement des deux hémisphères, pathogénie déjà invoquée par les auteurs américains à propos d'autres particularités, fréquemment concomitantes : bégaiement et gaucherie.

Personnellement, nous inclinerions à ne voir dans toutes ces manifestations, auxquelles les tics s'apparentent également, autant d'aspects d'altérations de la synthèse psychomotrice. Il s'agit là, sur le plan lexique, de ce que l'on observera dans d'autres cas, sur le plan moteur strict, ou verbal, ou psychique simple : autant de degrés de la *dissociation des fonctions*, substrat de l'état émotionnel, s'opposant à la conservation, sinon au renforcement de la synthèse des états instinctuels. Aussi bien, dans la clinique psychiatrique infantile quotidienne, est-il très important de faire lire le sujet devant soi, non pas seulement une phrase, mais un paragraphe assez long (un quart de page par exemple). Au début, en effet, l'enfant lit correctement. Puis, la fatigue aidant, le trouble apparaît : soit que des mots soient mal lus, et le trouble rappelle alors celui de M. Cénac, soit qu'ils soient escamotés ou encore remplacés par d'autres, inventés de toutes pièces : à l'attention défaillante se substitue un bagage imaginaire qui, si l'on n'y prend garde, fait illusion et masque la dissociation dans le jeu lexique de l'enfant. Je le répète, dans tout cela, il me paraît s'agir d'autant de formules cliniques, sur des plans divers, d'un état de même nature, l'état émotionnel.

M. CARRETTE. — Si j'en crois l'analyse de ce que j'éprouve personnellement, la reconnaissance de la droite et de la gauche n'est pas automatique. Il faut un point de repère. Ce repère, c'est pour moi un nœud de la base du premier interosseux de la main gauche. Parfois, il suffit d'ébaucher un geste, pour que la reconnaissance s'effectue. Dès que j'ai à chercher la droite ou la gauche, il me suffit de la contraction musculaire du bras gauche pour opérer la discrimination. Cette difficulté dans la reconnaissance entraînait pour moi une gêne dans la gymnastique d'ensemble, pour l'escrime quand on me commandait par exemple de me « fendre à droite », pour conduire une voiture. Cette difficulté augmentait sous l'influence de la fatigue, de l'émotion, de l'inquiétude.

J'ajoute que j'ai présenté dans l'enfance de l'écriture en miroir.

J'ai même été plusieurs fois puni pour ce fait. On me forçait à faire 100 lignes en miroir parce qu'on me surprenait à en faire usage pendant les classes pour me distraire.

M. DELAY. — Wurstmann avait signalé ce genre de troubles. Il serait intéressant de connaître le rapport entre la « Fingeragnosie » et cette inversion systématique.

M. GUIBAUD. — Comme M. Carrette, je m'oriente par mon cœur, par ma main qui guide ma plume. Je ne distingue pas automatiquement ma droite et ma gauche.

M. CÉNAC. — Le trouble que je décris avec M. Hecan me paraît beaucoup plus particulier que ceux rapportés par M. Dublineau. J'insiste sur l'intérêt qu'il y a à suivre le déroulement des opérations arithmétiques chez l'enfant que j'étudie. Pas de difficultés pour l'addition, la soustraction, la multiplication où l'on va de droite à gauche. Au contraire, la division est difficile chez l'enfant qui présente l'écriture en miroir.

Pour répondre à M. Delay, les tests faits avec Hecan montrent que l'agnosie digitale s'associe souvent au syndrome de Gertsmann, sans que nous puissions fournir une explication de ce fait.

### La paranoïa de compensation, par MM. Jean DELAY et J. TALAIRACH.

La psychogénèse réactionnelle de certaines psychoses paranoïaques a été souvent envisagée, surtout en Allemagne, depuis les travaux de Bleuler, en particulier par Kretschmer et par Kehrer qui, dans le cadre des psychoses paranoïaques, ont individualisé un type bien spécial par son mécanisme et son évolution.

Dès 1905, Friedmann avait décrit sous le nom de paranoïa bénigne, comme une variété autonome de la paranoïa de Kræpelin, un délire réactionnel à un événement vécu, d'évolution relativement favorable. En 1909, Ganpp désigna sous le nom de paranoïa abortive des délires de persécution survenant sur un terrain psychasthénique et souvent éurables. Mais c'est surtout Kretschmer qui, en 1918, isola parmi des délires paranoïaques « un groupe caractérisé par ses causes, sa forme et son évolution », qu'il appela la « Sensitive Beziehungswahn », terme qu'on a traduit par « délire de relation des sensitifs » (Lacan). Dans les causes de ce délire il distingua trois éléments : le caractère, le milieu social, l'événement. Le caractère sensitif est défini



par une fragilité aux contacts sociaux, une grande timidité, une sensibilité extrêmement impressionnable et vulnérable, une éthique scrupuleuse, unies à une volonté ambitieuse. « Les représentants achevés de ce type sont des personnalités compliquées, très intelligents, d'une haute valeur, des hommes à la sensibilité fine et profonde, et dont la vie du cœur est d'une délicatesse excessive et d'une ardeur toute intériorisée, ils sont des victimes prédestinées de toutes les duretés de la vie ». Le second facteur étiologique est le milieu social agissant « selon une formule unique : tension de l'amour-propre dans une situation opprimente », telle par exemple la situation des « autodidactes ambitieux issus du prolétariat ».

Le troisième facteur étiologique est une certaine expérience vécue, une *Erlebnis*, révélant au sujet « sa propre insuffisance et l'humiliant sur le plan éthique », tels les conflits éthiques d'ordre sexuel (conflits de conscience des masturbateurs, amour tardif des vieilles filles, chute dans une perversion sexuelle combattue) ou les échecs professionnels. L'évolution confirme la psychogénèse de la maladie, elle est relativement favorable et, traitée à temps, se fait souvent vers la guérison. Kehrer (1922) considère, en se basant sur une analyse biographique extrêmement serrée de l'histoire de tels malades, que la cause essentielle du « *Sensitive Beziehungswahn* » consiste dans la réaction à des conflits vitaux typiques.

On n'a pas rapproché à notre connaissance ces études sur la paranoïa des sensitifs de celles d'Adler sur le complexe d'infériorité. On sait qu'Adler, dans ses ouvrages sur l'infériorité organique et sur le tempérament névrotique, a bien mis en évidence la notion du complexe d'infériorité, presque toujours lié à une enfance difficile, pénible, humiliée, à une infériorité physique, organique, voire à une infériorité sociale ou morale. Le sentiment d'infériorité, d'insécurité exige une compensation, dans le sens d'une exaltation du sentiment de personnalité, d'une protestation virile contre la faiblesse et l'humiliation. Le sujet se forge alors une supra-structure idéale caractérisée par la volonté de puissance, toute imprégnée de revendications viriles qui cherchent à éliminer de la vie toute cause d'humiliation durable. Les traits de caractère que prendra la personne seront ceux qu'exige son but fictif, de même que le masque de caractère, « *persona* », du tragédien antique devait correspondre à la scène finale de la tragédie. Or, ce masque peut être trait pour trait celui de la paranoïa caractérielle (dite constitutionnelle) avec son égocentrisme hypertrophique, son orgueil agressif, sa méfiance, sa

dureté, son autoritarisme, ses tendances revendicatrices et surtout sa fausseté de jugement. Il est des cas dans lesquels l'attitude paranoïaque devant la vie apparaît si clairement le résultat d'un *mécanisme de compensation du complexe d'infériorité* que nous proposons de les désigner sous le terme de *paranoïa de compensation*. Il s'agit de sujets dont le caractère est du type « sensitif » de Kretschmer, ils sont délicats, timorés, scrupuleux, impressionnables. Sous l'influence d'une situation sociale opprimante et d'événements tels que l'échec, ils adoptent une attitude extérieure agressive et arrogante en contradiction foncière avec leurs exigences affectives. Ils vivent ainsi dans une tension aiguë et pénible et peuvent, à l'occasion de circonstances diverses, faire une psychose réactionnelle ayant toute l'apparence du délire d'interprétation classique de Sérieux et Capgras. Néanmoins, le pronostic est tout différent. Tandis que la structure délirante de la paranoïa classique est inébranlable, le délire des sensitifs a la valeur d'une bouffée réactionnelle et peut, s'il est entrepris à temps, rétrocéder rapidement et guérir. Il s'agit là de formes que le psychiatre voit plus souvent dans la clientèle de ville que dans le milieu asilaire.

**Une paranoïa de compensation,**  
par MM. Jean DELAY et J. TALAIRACH.

Comme type de paranoïa de compensation nous donnerons un bref résumé de la très longue observation d'un de nos malades dont l'étude doit faire l'objet d'une monographie conçue selon les exigences de la méthode psychobiographique, indispensable, croyons-nous à l'édification d'une caractérologie normale et pathologique.

OBSERVATION. — Blaise est un homme de 46 ans, professeur de lettres dans un lycée parisien, homme très fin et cultivé. Il a été interné pour idées délirantes de persécution. Il se croit victime d'un complot judéo-maçonno-gaullo-communiste. On fait en sa présence des gestes provocateurs, on affecte de tousser, de cracher, on se passe la main dans les cheveux ou sur les hanches. Ce sont des mots d'ordre maçonniques destinés à le déshonorer, en le faisant passer pour un « lèche-bottes », et un pédéraste. Il nous donne le détail de ces gestes provocateurs dans un long « mémoire justificatif ». Les interprétations délirantes ont entraîné des incidents multiples : altercations avec des passants inconnus et au lycée avec ses élèves et ses collègues.

Au premier abord le cas de Blaise se présente comme un délire d'interprétation type Sériex et Capgras chez un paranoïaque caractériel. Le portrait qu'il trace en parlant de lui à la troisième personne (« il ») a tous les traits de la mentalité paranoïaque classique : il se présente comme un intellectuel « inaccessible aux faiblesses sentimentales », d'une dureté implacable allant jusqu'à la cruauté « quand on m'a manqué, rien ne me désarmera ». Il étale cyniquement, trop cyniquement, son orgueil : « Je n'ai qu'à voir les autres pour être convaincu de ma supériorité », sa misanthropie : « Les autres ne m'intéressent pas », et sa farouche misogynie. Or ce masque ne répond nullement à la véritable personnalité de Blaise.

Il a eu une enfance craintive, élevé par sa mère qui était fort malheureuse ; le ménage était très pauvre car le père, qui était receveur d'autobus, dépensait son argent au café. Sa mère qui était très pieuse a voulu qu'il soit élevé dans un collège religieux, dans la petite ville de province où ils habitaient et s'est imposé pour cela de lourds sacrifices. Blaise au collège était gauche, timide, moqué par ses camarades qui le traitaient de « poule mouillée » et de « fille ». Il a gardé un affreux souvenir de la cour de récréation, où il était sans cesse brimé. Mais il avait la passion de l'étude et devint « le premier de la classe ». Plus tard, il a désiré se faire prêtre, ce qui comblait les vœux de sa mère, et est entré au séminaire, mais il perdit la foi et après une série de crises de conscience pénibles, il quitta l'habit religieux et devint, dit-il, un « défroqué ». Pendant la guerre de 1914, il suit un peloton pour avoir le grade de sergent, mais là, sa gaucherie, sa maladresse physique le font juger inapte au commandement malgré son instruction fort poussée, et l'on profite de sa naïveté pour lui faire signer une demande de renvoi au corps, il fait la guerre comme soldat de deuxième classe. Au lendemain de la guerre il devient surveillant dans un lycée et prépare une licence, puis une agrégation de lettres, mais surviennent alors dans sa vie deux sortes d'échecs : échecs sexuels et échecs professionnels. Ce garçon très timide s'est longtemps livré à l'onanisme, qui a d'ailleurs entraîné chez lui des conflits de conscience prolongés. A 25 ans, il a son premier rapport sexuel, mais bientôt survient un échec et Blaise se persuade dès lors qu'il est impuissant. Par ailleurs deux échecs successifs à l'agrégation de lettres lui causent un profond découragement.

Alors se produit une révolution dans le caractère de Blaise. Il croit comprendre que la société ne lui fera jamais la place à laquelle il pense que son intelligence lui donne droit, et, selon son expression : « le monlon devient enragé ». Il devient fasciste parce que, pour lui, le fascisme réalise sur le plan politique le même genre de révolution qu'il a cherché à réaliser en lui sur le plan psychologique : c'est-à-dire la technique du coup de force. Il était un doux, un timide, un réservé, maintenant il veut s'imposer et humilier après avoir été humilié. Il décide de ne plus laisser passer à son égard la moindre

injustice, de devenir arrogant, intraitable dans ses rapports avec sa propriétaire, ses voisins, ses collègues, ses élèves, qui d'ailleurs le « chahutent » sans arrêt. Blaise engage divers procès et, comme il perd ses procès devant un tribunal dont le président est un franc-maçon notoire, il se livre à diverses attaques contre la franc-maçonnerie. Après l'occupation, il croit remarquer chez ses collègues, qui connaissaient dès avant la guerre ses opinions « fascistes », une certaine hostilité à son égard, et c'est dans ces conditions qu'il entre dans le délire de persécution qui a nécessité son internement.

Ce délire, en quelques semaines, a complètement disparu, et Blaise pourra bientôt être rendu à la vie sociale. Une longue analyse nous a permis de conclure que derrière une apparence de délire paranoïaque classique, il s'agissait ici d'une psychose réactionnelle survenue chez un sujet dont l'attitude paranoïaque caractérielle était une compensation destinée à cacher aux yeux de la société et de lui-même un complexe d'infériorité. Ce complexe d'infériorité chez Blaise est évident : complexe d'infériorité physique d'abord, il s'est toujours senti non seulement laid mais « grotesque », gauche, maladroit. Complexe d'infériorité sociale : issu du prolétariat il s'est trouvé dès le collège dans un milieu où il a été ridiculisé, il a été ensuite un « détroqué », situation extrêmement traumatisante du point de vue moral, au régiment il a été déclaré inapte au commandement, sa vie professionnelle a été, dit-il, « brisée par ses échecs à l'agrégation ». Complexe d'infériorité sexuelle enfin, il a eu toute sa vie les conflits de conscience des masturbateurs et, à la suite d'un échec, survenu dans une maison close, il s'est cru impuissant. Toute sa vie a donc été dominée par le complexe d'infériorité.

Le caractère de Blaise n'est pas celui d'un paranoïaque mais d'un sensitif au sens de Kretschmer, son trait dominant est une hyperesthésie affective. Ses prétentions à l'intellectualité « pure » et à la dureté « implacable » ne sont que des réactions compensatrices à son hyperesthésie affective. S'il étale cyniquement un orgueil « incommensurable » c'est que depuis l'enfance il a toujours douté de lui. S'il se dit misanthrope, c'est parce qu'il a senti qu'il déplaisait alors qu'il craignait beaucoup de déplaire, il a donc pris le parti de déplaire délibérément. Quant à sa « farouche misogynie », elle nous amène à étudier la sexualité de Blaise, ce que nous ferons dans une prochaine communication où nous discuterons les rapports du complexe d'infériorité et de l'homosexualité inconsciente.

A propos de trois cas d'association hystéro-épileptique, (Travail du Service de neurochirurgie de l'Hôpital Ste-Anne), par MM. J.-F. BUVAT, J. PERRIN et M<sup>me</sup> LERIQUE-Kœchlin.

Nous avons employé à regret le terme d'hystéro-épilepsie, en raison des discussions que la notion a suscitées. Pour nous, en l'occasion présente, il n'a qu'une valeur clinique. Nous présentons en effet trois malades qui réalisent des formes assez spéciales d'association du mal comitial à des manifestations névropathiques que l'on peut faire rentrer dans le cadre de l'hystérie ou du pithiatisme.

Notre premier malade présente un tableau clinique d'épilepsie vraie, mais atypique, associée à de grandes crises névropathiques.

OBSERVATION 1. — Jérémie..., 12 ans. Père fumeur, mère asthmatique avec crises d'œdème de Quincke. Antécédents personnels : à 21 mois, série de convulsions consécutives à une piqûre d'abeille. A partir de 4 ans 1/2, premières petites crises à type d'absence. Ces absences se répètent et sont toujours provoquées par une séparation d'avec sa mère.

Depuis l'enfance, troubles du caractère. Très affectueux et exclusif ; turbulent, coléreux ; à 5 ans, pousse dans le feu un enfant de 3 ans, dont il était jaloux. Expulsé de plusieurs écoles. Ne peut vivre normalement dans une maison où il y a d'autres enfants que lui. Retard scolaire.

Crises comitiales : début brusque après une aura psychique à type anxieux, phase tonique au cours de laquelle son corps se tord de gauche à droite et son bras s'étend en arrière, pas de phase clonique, bave, pas de morsure de la langue, pas d'incontinence d'urine. A la fin de la crise, mouvements automatiques répétés ou accès procursif. Amnésie de la crise.

Les crises névropathiques (première à 7 ans ; deuxième et troisième à 7 ans 1/2) surviennent à l'occasion d'incidents familiaux, toujours en public. Depuis l'âge de 7 ans 1/2, il fait environ 4 à 5 crises névropathiques par an. La crise s'installe lentement, en un quart d'heure parfois : puis trismus, anarchie musculaire, sauts de carpe dans son lit, les mouvements se distribuent successivement d'un membre à l'autre ; durée une à trois heures. La crise est calmée instantanément par un enveloppement froid.

Examen neurologique négatif. Fond d'œil : veines dilatées et bords papillaires légèrement estompés à droite ; à gauche, normal. Dilatation ventriculaire à 70 cc.



Electro-encéphalogramme le 12 octobre 1942 : tracé altéré, bradyrythmique et instable dans l'ensemble avec des ondes alpha de 9 H. survenant par bouffées très courtes et séparées par de longues bouffées d'ondes lentes de 2,5 à 5 H. d'amplitude irrégulière ne dépassant pas 100 microvolts ; la réaction d'arrêt n'influe pas sur les ondes lentes.

Notre deuxième malade présente des absences sans crise convulsive et des troubles du comportement à caractère nettement névropathique. Très rares crises de grand mal.

OBSERVATION 2. — Maurice..., 18 ans, candidat à Polytechnique, a eu sa première crise à 10 ans. Crises très rares et mal décrites tant par le malade que par sa famille. Hérité psychopathique. Antécédents personnels : convulsions à 3 ans 1/2, au cours d'une broncho-pneumonie. S'est toujours plaint de l'intestin et du foie, aurait eu des lamblias.

Absences très fréquentes survenant brusquement mais au commandement (interrogé sur ses absences, le malade annonce : « Je vais en avoir une vous n'avez qu'à l'observer »). L'absence dure environ deux minutes, et disparaît sans séquelle appréciable.

Gros troubles du caractère et du comportement, ambivalence affective : craint et désire la solitude ; doit être seul dans une pièce à condition que les portes soient ouvertes et que la T.S.F. marche pour faire du bruit. Tyran familial. A « son » fauteuil, exige que toute la famille s'occupe de lui. Prétend faire avorter ses crises en absorbant quelques gouttes de vinaigre, en transporte toujours sur lui. Examen neurologique normal, au cours duquel il se montre opposant et hypochondriaque. Se refuse à faire les marionnettes avant de s'être reposé. Attitude théâtrale dans son fauteuil, jambes croisées, bras étendus devant lui pendant une minute environ, et qu'il appelle « crises », dont il se souvient d'ailleurs parfaitement. Explications puériles et confuses de son état pathologique. Examens complémentaires dont une ventriculographie et une encéphalographie, entièrement normaux.

Electro-encéphalogrammes des 18 et 20 mars 1941, 1<sup>er</sup> juin 1942 : tracé comitial typique ; au cours du premier électro-encéphalogramme, deux absences de 3 à 8" sont enregistrées. Au cours du second, plusieurs absences sont enregistrées. Pendant les absences, tracé constitué exclusivement de pointes-ondes de 250 microvolts. Le troisième tracé montre des bouffées d'ondes lentes amples et des pointes-ondes après 30" d'hyperpnée.

Notre troisième malade présente un intérêt encore plus grand car on ne note cliniquement que des manifestations pithiatiques, seul l'électro-encéphalogramme pratiqué systématiquement a

montré, après une grande crise pithiatique, des altérations de type comitial.

OBSERVATION 3. — Pierrette..., 21 ans, entre dans le service pour crises nerveuses. Ces crises sont apparues après une chute de bicyclette sans gravité, deux mois et demi auparavant. Une autre chute sans gravité s'était produite au cours d'une séance de gymnastique. Crises de vertiges avec impression de vide, anxiété et tremblement qui dure de 3/4 d'heure à une heure sans perte de connaissance. Impression d'être lointaine. Astasie-abasie, qui s'exagère progressivement. Aménorrhée depuis deux mois. Rien de particulier dans les antécédents. Examen neurologique négatif sauf l'astasie-abasie. Après ces chutes, crises de fou-rire ou de larmes.

Dans le service l'astasie-abasie est guérie définitivement par une seule séance de faradisation légère ; la malade va sortir, mais elle a pour voisine de lit une épileptique, la veille de sa sortie, crise nerveuse dans son lit. Ces crises se répètent plusieurs fois par jour et se produisent, sauf la première, toujours en présence d'un médecin. Agitation, anarchie motrice, cris et gémissements, opisthotonos, mouvements de nutation et de contre-nutation ; durée 1/2 heure. Réveil brusque sans aucune séquelle par un accès de larmes ou de fou-rire ; arrêt instantané de la crise par aspersion d'eau froide ou compression ovarienne. Crises quotidiennes répétées qui guérissent par faradisation. La malade reprend son travail. Incidents professionnels avec son chef de bureau et reprise immédiate des crises au lieu même de son travail ; 7 crises en 4 jours.

Un tracé pris peu de temps après une crise présente des caractères franchement épileptiques, l'alpha normal est entrecoupé de longues bouffées d'ondes lentes qui durent 3" à 5" avec un rythme entre 3 et 4 H., des ébauches de pointes-ondes et une augmentation de l'amplitude aux environs de 60 à 80 microvolts.

Ces trois cas soulignent une fois de plus la difficulté d'affirmer ou d'infirmer l'épilepsie, même lorsqu'on a assisté à la crise. Il est bien évident que dans nombre de cas l'examen clinique suffit pour affirmer l'épilepsie. Par contre, l'aspect pithiatique d'une crise, le fait qu'au cours de celle-ci l'examen neurologique soit négatif ne permettent pas d'affirmer la nature fonctionnelle des troubles présentés par le malade. Enfin, le test que nous avons employé : l'électro-encéphalogramme a-t-il une valeur absolue, et doit-on considérer notre troisième malade, Pierrette, comme une hystérique en raison des arguments cliniques ou comme une épileptique en raison de l'électro-encéphalogramme ? Le concept que l'électro-encéphalogramme ne présente pas d'ondes lentes après les crises pithiatiques est-il absolu ?

Du point de vue doctrinal, enfin, nos trois malades peuvent poser de nouveau la question des limites de l'hystérie et de l'épilepsie. Tous trois sont des formes de passage. Maurice et Jérémie sont des épileptiques indiscutables (Jérémie présente même des lésions macroscopiques importantes — dilatation ventriculaire). Cependant, leurs manifestations primordiales, celles qui retiennent le plus sur leur comportement, leur psychisme et leur vie sociale, sont des manifestations de la série pithiatique. Pierrette, au contraire, n'a jamais présenté de manifestations épileptiques nettes, tous ses troubles sont fonctionnels et se produisent par suggestion ou imitation et guérissent par persuasion. Seul l'électro-encéphalogramme chez elle plaide en faveur d'un mal comitial. Pour elle, le terme hystéro-épilepsie semble bien s'appliquer, et nous pensons que si l'électro-encéphalogramme pratiqué systématiquement sur de tels malades aboutissait à des résultats analogues aux nôtres, la question de l'unicité ou de la dualité des deux syndromes devrait être étudiée à nouveau.

#### DISCUSSION

M. CARRETTE. — Si l'on veut s'en tenir aux classiques et ne pas quitter le terrain de la clinique, il faut rappeler les deux formes d'hystéro-épilepsie : l'une à crises combinées, l'autre à crises séparées. Que valent-elles ? J'ai publié, en mars 1924, deux cas d'hystéro-épilepsie (*Société clinique de médecine mentale*). En revoyant ces observations, je me demande s'il ne s'agit pas d'excitation motrice chez des débiles. L'épilepsie peut être admise, mais la crise mixte n'est guère défendable. Il n'est pas douteux que l'épileptique présente souvent des réactions violentes, des troubles du caractère, un comportement bizarre, des accès qui ne sortent pas du cadre comitial.

M. DAUMEZON. — Avec Mlle Rousset, j'ai vu à Sarreguemines un malade à crises fréquentes : traité par le scopochloralose, il vit tomber ses crises au chiffre de 6 ou 7 par an. Or, au début, il avait des crises presque quotidiennes d'allure hystérique.

M. BUVAT. — J'ai vu après électrochoc une crise pithiatique typique, alors que le malade était encore inconscient. Je crois qu'on peut considérer la seconde comme une forme dégradée de l'épilepsie.

M. BRISSOT. — Je serais de l'avis de M. Carrette au sujet des syndromes d'excitation chez les débiles. Je me rappelle un jeune malade qui, ayant été très impressionné à la vue d'un combat de boxe, faisait des crises d'excitation, des fugues, du type hystéro-épileptique. En réalité cette forme mixte cède à l'intimidation.

M. BONHOMME. — L'électro-encéphalographie ne me paraît pas avoir beaucoup éclairé la question de l'épilepsie. Je rapporterai ici deux observations : un sujet est évacué pendant la guerre, de la Ligne Maginot, pour épilepsie. Le diagnostic est fait par un spécialiste particulièrement qualifié, malgré l'absence de vraies crises. A la maison de santé, le sujet est traité au cours d'une crise par une injection de gardénal sodique. Par la suite, on remplace le gardénal par de l'eau distillée, et l'on obtient le même résultat. Or, les électro-encéphalogrammes prouvaient l'épilepsie, mais non pas la clinique. Il s'agissait en définitive d'une confusion mentale pithiatique.

Une autre malade, observée avec M. Laignel-Lavastine, était considérée comme pithiatique, et même comme une séquelle d'encéphalite épidémique. Au bout de quelques années, elle a fait des crises d'épilepsie indubitables. En somme, il semble bien qu'il y ait des formes de passage entre l'hystérie et l'épilepsie.

M. JEAN DELAY. — Deux cas observés par nous ressemblent à ceux de MM. Buvat et Perrin. Le premier est une épilepsie typique, vérifiée par l'électroencéphalographie. Or, elle présente actuellement des crises qu'on provoque et guérit par persuasion. Au cours d'une de ces crises fut observé un Babinski indubitable.

Le second cas est celui d'une hystérie avec halètement, suivie d'épilepsie vraie. Il faut tenir compte dans l'appréciation de l'encéphalogramme, de l'amplitude, de la fréquence, mais surtout de la forme (coupole-minaret) des tracés. Ces trois éléments sont nécessaires. Dans les autres cas, on peut dire seulement qu'il y a souffrance du parenchyme cérébral.

M. L. MARCHAND. — Les deux premières observations que M. Perrin vient de nous présenter ont trait à des sujets atteints à la fois de crises épileptiques et de crises névropathiques ; elles répondent bien au titre de la communication « crises hystéro-épileptiques associées ». La troisième observation concerne un sujet dont les crises paraissent névropathiques et chez lequel un examen encéphalographique a montré des modifications bioélectriques se rapprochant de celles constatées chez les épileptiques. Dans de tels cas, je suis d'avis que les données cliniques doivent l'emporter sur les résultats électro-encéphalographiques, surtout quand le tracé comme dans le cas actuel ne montre que des modifications atypiques et non les mêmes que celles constatées au cours des accidents mineurs. On ne peut se baser sur ces cas pour prétendre qu'entre l'épilepsie et l'hystérie il n'y a qu'une différence de degré.

L'étude des rapports de l'épilepsie et de l'hystérie comprend les questions suivantes : 1° L'hystérie convulsive peut-elle s'associer à l'épilepsie (hystéro-épilepsie à crises distinctes) ? Le fait ne me paraît pas douteux. Les crises hystériques peuvent se manifester avant le début des premières crises épileptiques et vice versa ; 2° Existe-

Il y a-t-il des attaques à la fois hystériques et épileptiques (hystéro-épilepsie à crises combinées) ? Je n'en ai jamais observé un seul cas, il s'agissait, chaque fois où ce diagnostic était soulevé, de crises hystériques ; 3° Les crises hystériques peuvent-elles se transformer en crises épileptiques ? Certains auteurs ont pu ainsi voir des hystériques finir épileptiques. En réalité, dans de tels cas, ou bien les premières crises sont déjà de nature comitiale ou bien il s'agit de sujets atteints d'abord à la fois de crises hystériques et épileptiques ; les crises hystériques disparaissent et les accidents épileptiques restent ; 4° L'hystérie convulsive peut-elle apparaître après l'accès épileptique (hystérie post-épileptique). Dans les cas où un tel diagnostic est soulevé, il s'agit d'après mes observations soit de crises hystériques, soit de crises épileptiques après lesquelles, pendant la phase confusionnelle, les malades présentent un état d'agitation désordonnée avec actes automatiques ; ils se roulent par terre, cherchent à mordre, se frappent la tête contre les murs, etc... Si on n'assiste qu'à cette phase de la crise on porte à tort le diagnostic d'hystérie.

Parmi les crises autres que les accidents épileptiques, dont la symptomatologie et la pathogénie sont si diverses, on tend à ne voir que des accidents hystériques ou pithiatiques. En réalité, il existe tout un groupe de crises psychonévropathiques qui n'ont aucun lien avec les crises épileptiques : crises émotionnelles, crises sympathiques, crises psychasthéniques, etc...

Il est bien rare qu'on ne puisse porter un diagnostic ferme quand on a assisté aux accidents convulsifs et que l'on a suivi les malades pendant plusieurs mois. Aucun des caractères des accidents épileptiques pris en particulier, qu'il soit fourni par la clinique ou par les examens radiologiques et bioélectriques, n'est pathognomonique. Ce n'est que le groupement des symptômes, joints aux résultats fournis par les laboratoires, qui permet de préciser le diagnostic dans les cas atypiques.

**Astasie-abasie guérie par torpillage, manifestation de début d'un kyste cérébelleux,** par MM. J. TCSQUES, M. DAVID et H. HÉCAEN.

Si l'on excepte les séquelles de l'encéphalite épidémique, et peut-être certaines formes de début de la sclérose en plaques, les manifestations hystéroïdes au cours des affections neurologiques restent des exceptions et leur réalité même discutée. C'est pourquoi nous vous rapportons l'observation suivante où comme premier symptôme d'une tumeur cérébrale, survint une astasie-abasie de caractère névropathique que trois séances de faradisation firent disparaître.



OBSERVATION. — R.. Marcel, 28 ans, est adressé à l'hôpital psychiatrique de Blois pour astasie-abasie et céphalée, le 8 mai 1942.

*Histoire de la maladie* : Longue phase dépressive avant l'apparition de la céphalée et des vomissements. Au début de mars, période fébrile à la suite de laquelle il lui est devenu impossible de se tenir debout et de marcher. Adressé le 17 avril à l'Hôtel-Dieu de Blois, on constate une légère raideur de la nuque et un nystagmus dans le regard latéral ; l'examen neurologique est par ailleurs négatif ; une ponction lombaire le 10 avril ne montrait qu'une légère hyperalbuminose (0,44).

*Examen* : le 8 mai. — Le malade se plaint d'une céphalée intense, présente des vomissements fréquents, mais il n'existe aucun signe neurologique objectif ; le fond de l'œil est normal. Le malade qui est alité depuis trois semaines environ ne se lève que si on le sollicite fermement. Il ne se tient alors debout qu'en s'accrochant au lit. Si on lui ordonne de lâcher prise, il tombe par fléchissement brusque des membres inférieurs ou à la renverse sur son lit. En le sollicitant énergiquement on arrive à le faire marcher en le tenant par le bras ou par les mains. En somme, on constate une astasie-abasie caractérisée à la fois par de la titubation et du dérochement brusque des jambes. On conclut à un syndrome hystérisforme post-encéphalitique probable, mais avec quelques réserves en raison du syndrome d'hypertension intracrânienne. Le 12 mai on pratique une ponction lombaire qui donne un résultat normal si ce n'est une tension du liquide céphalo-rachidien à 45 (couché).

Le 23 mai, on tente une séance de faradisation : le résultat est immédiat : suppression complète de l'astasie-abasie, mais le malade ne peut encore marcher. Le 24 mai, nouvelle séance de faradisation ; la station debout est normale, la marche est possible et presque normale. Le 25 mai, nouvelle séance et nouvelle amélioration.

Le 26 mai, un nouvel examen du fond de l'œil révèle une stase papillaire évidente.

L'examen neurologique, le 27 mai, montre à droite une hyperextensibilité avec Barré positif de ce côté et quelques signes cérébelleux très légers (dysmétrie, adiadicinésie) de ce côté. A la marche et dans la station debout, tendance à la chute en arrière et à droite. Léger nystagmus dans le regard latéral.

L'examen mental montre que ce malade est très légèrement désorienté dans le temps et l'espace. Pas de troubles de la mémoire de fixation, mais les souvenirs anciens sont évoqués sans précision, les opérations élémentaires sont très perturbées.

L'état général est déficient : insomnie, amaigrissement, asthénie. Pouls 60.

Le diagnostic de tumeur cérébrale étant porté, le malade est dirigé sur Paris. A son arrivée à Antoine-Chantin, malade fatigué présentant un état d'obtusion marquée, se plaignant d'une céphalée intense, répondant avec peine aux questions, tout effort aggravant sa céphalée.

Pouls rapide (100). Respiration brève et rapide. Déglutition difficile. Il présente alors une hémiparésie droite. Traitement institué : sulfate de magnésie, toni-cardiaques.

Ventriculographie : le 10 juin. — Les ventricules latéraux sont dilatés et symétriques, le ventricule moyen est également dilaté sans déformation ni déviation. L'aqueduc et la partie supérieure du quatrième ventricule bien visibles sur les élichés de profil sont aplatis et repoussés en avant, le diagnostic de tumeur de la fosse cérébrale postérieure s'impose.

En raison de l'état précaire et dans la crainte d'accidents de décompression, on décide de pratiquer en un premier temps l'ouverture de la lame sus-optique. Cette intervention est effectuée facilement par voie transfrontale droite. Une amélioration considérable tant de l'état psychique que général s'est produite dans les jours suivants. On peut, trois semaines plus tard, procéder à l'exploration de la fosse cérébrale postérieure : volet occipital habituel, volumineux cône de pression cérébelleux surtout marqué à droite. Le lobe cérébelleux droit fait une saillie beaucoup plus prononcée qu'à gauche. A son niveau les lamelles cérébelleuses sont distendues, de coloration jaunâtre faisant présager l'existence d'un kyste sous-jacent. En fait, une ponction au trocart de Cushing donne issue à un liquide jaune, coagulant spontanément. Incision du lobe droit parallèlement à la direction des lamelles : à un cm. de profondeur, on tombe dans une très volumineuse cavité kystique que l'on évacue. Cependant, l'exploration très minutieuse des parois ne montre pas trace de tumeur murale. Suture totale de la dure-mère, remise en place du volet osseux, suture musculaire et cutanée. Suites opératoires excellentes, reprise rapide de l'état général et disparition des signes physiques et de la stase.

*En résumé*, en même temps qu'apparaissent les premiers signes subjectifs d'hypertension intra-crânienne, une astasie-abasie d'allure névropathique se développe chez un sujet ayant présenté quelque temps auparavant un léger épisode fébrile. L'examen neurologique, l'examen du fond de l'œil et du liquide céphalo-rachidien ne montrent à cette date rien d'anormal. Disparition des troubles de la station debout et de la marche après trois séances de faradisation.

Mais on découvre alors une stase papillaire ainsi que quelques très légers signes cérébelleux et un certain degré de confusion mentale ; l'état général décline rapidement. L'intervention faite en deux temps révèle un kyste de l'hémisphère cérébelleux, guérison complète.

Le premier diagnostic envisagé avait été celui d'astasie-abasie hystérique post-encéphalitique. L'aggravation des phénomènes d'hypertension, probablement sous l'influence de la deuxième

ponction lombaire comme le laisse supposer l'engagement des amygdales cérébelleuses constaté à l'intervention, fit réformer ce diagnostic en faveur de celui de tumeur cérébrale. La localisation ne pouvait être affirmée qu'après la ventriculographie et nous nous étions même demandé si l'astasia-abasie constatée au début ne pouvait être rapprochée des faits d'ataxie ou d'apraxie de la marche décrits dans les tumeurs frontales.

La localisation cérébelleuse du kyste ne doit pas être retenue, croyons-nous, dans la détermination de ces troubles de l'équilibration mais nous pensons qu'il faut invoquer plutôt une modification générale du psychisme sous l'influence de l'hypertension intracrânienne.

**Démence, distension ventriculaire, disparition progressive des troubles mentaux après ouverture de la lame sus-optique, par MM. DAVID, HEGAEN et FOUQUET.**

Les troubles mentaux du syndrome d'hypertension intracrânienne ont été l'objet de maintes études. Plus rares sont les observations où est mis en valeur le rôle de la tension intraventriculaire soit hypertension avec distension, soit hypotension en dehors des processus tumoraux.

En 1929, Laignel-Lavastine et Clovis-Vincent (1) rapportent le cas d'un malade chez lequel l'existence d'une distension ventriculaire par obstacle postérieur déterminait une euphorie intense avec démarche à petits pas, phénomènes qui se sont considérablement exagérés, lors de l'insufflation d'air dans les cavités ventriculaires. L'intervention, en détruisant l'obstacle (arachnoïdite), fit disparaître les troubles pour de longues années.

Une observation de Sachs et Jones (2) ayant trait à des faits comparables est rapportée en détail dans le mémoire de David et Askenasy sur les troubles mentaux dans les méningiomes de la petite aile du sphénoïde (3) où les auteurs estiment que dans la pathogénie des troubles mentaux observés au cours de l'évolution de ces tumeurs, à côté des « phénomènes de compression directe

(1) LAIGNEL-LAVASTINE et CLOVIS VINCENT. — Distension ventriculaire avec stase papillaire, euphorie, démarche à petits pas, sans tumeur frontale ; trépanation postérieure, guérison. *Rev. neurol.*, janvier 1929, p. 101-112.

(2) SACHS et A. JONES. — Obstruction of the foramen of Monro. *Transactions of the American Neurol. Association*, 1932.

(3) M. DAVID et H. ASKENASY. — Les troubles mentaux dans les méningiomes de la petite aile du sphénoïde. *Encéphale*, t. XXXII, n° 4, avril 1937.

et d'œdème cérébral, il convient sans doute de faire intervenir un facteur mécanique d'ordre ventriculaire ».

Enfin, récemment, Puech (1) et ses collaborateurs ont attiré l'attention sur l'hypotension intracranienne non traumatique avec sa symptomatologie ou psychiatrique ou neurologique.

L'observation suivante met l'accent sur ce facteur mécanique de distension ventriculaire, dans le déterminisme des accidents psychopathiques, et tire son intérêt du fait de leur curabilité par l'intervention neuro-chirurgicale.

OBSERVATION. — Le 7 septembre 1942 entre à la clinique Antoine-Chantin, M. Lh..., âgé de 51 ans, cultivateur. Son aspect et son comportement sont typiquement ceux d'un malade atteint d'un profond affaiblissement intellectuel : faciès atone, indifférence complète avec parfois jovialité et humeur érotique, effondrement mnésique, désorientation temporo-spatiale, incapacité d'effectuer le moindre raisonnement simple ou calcul élémentaire, énormes troubles du jugement avec perte totale de l'autocritique, enfin agitation au lit avec gâtisme, tout confirme le tableau de démence globale.

A l'examen neurologique, on trouve une hyperextensibilité du membre inférieur gauche avec Babinski en extension de ce côté, l'examen ophtalmologique montre une stase papillaire bilatérale avec œdème et artérite rétinienne ; les autres appareils sont normaux, la tension artérielle est 13,1/2-9.

D'après les renseignements recueillis, cet état s'était constitué très progressivement en 6 mois environ. Le début qui remontait en avril s'était manifesté par une diplopie. En mai et juin s'installe un état dépressif. En juillet, son caractère s'aigrit. Des troubles de la mémoire apparaissent, faits surtout de dysmnésies dans les faits de la vie quotidienne. Enfin, en août, il accuse des céphalées et des vertiges. L'état mental s'aggrave alors très rapidement pour arriver à être celui que nous avons décrit à son entrée.

Le 25 septembre 42, on intervient en pratiquant une ventriculographie : trépano-ponction occipitale bilatérale. Sur les ventriculogrammes, les ventricules latéraux paraissent très dilatés, sans déformation ni déviation, le ventricule moyen est également dilaté, mais de contour normal. Sur les films de profil, la portion supérieure de l'aqueduc dilaté est seule visible. Conclusion : obstacle soit à la partie inférieure de l'aqueduc, soit dans le quatrième ventricule. On décide de pratiquer une lame sus-optique. Intervention faite le même jour, selon la technique habituelle, par voie transfrontale, transduremérienne. Les suites opératoires sont simples et aucune modification de l'état mental n'apparaît jusqu'au 7 octobre. A cette date, pour la première fois,

(1) PUECH, PERRIN et A. KEGHLIN. — L'hypotension intra-cranienne non traumatique. *Paris Médical*, 1<sup>er</sup> oct. 1942.

on note comme modification que le malade se rend compte qu'il est au lit, à l'hôpital, cesse de perdre ses matières dans son lit, exige le bassin, et chaque jour le personnel hospitalier remarque des progrès dans le comportement de ce « dément ». Le 16 octobre, lors d'un examen systématique, on constate : aspect de confusion, Lh... perçoit nos questions et fait effort pour y répondre. Lenteur et imprécision de la pensée avec très grande fatigabilité. Dit correctement son nom, son âge, celui de ses enfants qu'il désire revoir. Mais de gros troubles mnésiques persistent, il reste désorienté dans le temps, superpose plusieurs souvenirs, présente de fausses reconnaissances.

Le 21 octobre, l'amélioration s'accélère : il nous accueille avec bonne humeur et même jovialité, il critique ses fausses reconnaissances des jours précédents et les « blagues » qu'il nous a racontées sur son accident ; par contre, ne peut se souvenir des faits qui l'ont amené ici : il est tombé malade le 16 septembre et ne peut dire comment ; il se souvient avoir fait la moisson et avoir eu des maux de tête violents. Les faits anciens sont bien évoqués : la guerre, l'exode sont correctement situés. Depuis son entrée jusqu'au 7 octobre il présente une amnésie lacunaire complète ; depuis, les souvenirs reviennent par bribes. Son orientation est bonne, son affectivité normale. Seules, différentes épreuves comme le test de Bourdon ou celui de Porteus montrent, malgré l'intérêt qu'il y porte, une lenteur et une fatigabilité nettes ; enfin ses fonctions d'acquisivité restent médiocres, les nombreuses erreurs commises ne lui permettant pas de progrès quand il renouvelle l'essai.

Revu le 23 octobre 1942, au moment de la sortie, il est cliniquement guéri, ne présente pas de troubles mentaux, nous fait part de son désir de rentrer chez lui se reposer d'abord, reprendre son travail ensuite.

Plusieurs remarques paraissent nécessaires pour marquer l'intérêt de cette observation :

Classiquement, la notion de démence comporte une signification pronostique d'irréversibilité, ce caractère sert même à définir la démence, ce qui, à notre sens, constitue une grave imperfection nosologique. Il convient de remplacer ce critère que les progrès thérapeutiques, depuis la malariathérapie, tendent à rendre incertain, par la notion plus fertile des structures permettant de définir un niveau mental, non par évolution à plus ou moins longue échéance, mais par une série de signes, ici tous de déficit, et portant sur les fonctions mentales élémentaires.

Dans notre cas particulier la disparition de troubles du jugement et de l'autocritique, le flou des perceptions, les dysmnésies multiples témoignent de la restauration progressive de son psychisme passant par des niveaux de dissolution s'étageant de la démence à l'état normal en passant par un stade confusionnel.



Une autre question mérite d'être posée : les signes de déficit constatés pouvaient-ils avoir une valeur localisatrice, et en particulier étaient-ils ceux d'une démence frontale, les tumeurs de ce lobe réalisant avec prédilection de tels aspects psychiques ? Les remarques de Goldstein doivent rendre notre interprétation prudente. Cet auteur a en effet insisté sur le fait que, dans les processus diffus de l'encéphale, c'est la symptomatologie frontale qui apparaît la première, le lobe frontal étant le plus vulnérable, car le plus évolué.

Or, il s'agissait bien d'un processus global, exclusif de toute lésion en foyer. Dans la pathogénie de ces troubles mentaux n'intervenaient ni atteinte histologique locale avec destruction cellulaire due à un processus tumoral, ni même d'importants facteurs de compression agissant sur telle ou telle partie de l'encéphale. *Le facteur essentiel était ici la distension ventriculaire.* C'est ce trouble mécanique de l'hydraulique cérébrale que l'intervention fit disparaître en rétablissant l'équilibre normal entre les deux départements liquidiens : central et périphérique. Les troubles mentaux entrèrent en régression aussitôt après.

Ceci nous amène à reprendre en conclusion ce que l'un de nous écrivait déjà en 1937 : « Il semble permis d'affirmer que la distension ventriculaire joue un rôle non négligeable dans la production de certains troubles mentaux. Il y aurait donc intérêt pour les psychiatres à généraliser, du vivant des malades, l'étude de l'état des cavités ventriculaires, même en l'absence de tumeur. » (1).

#### DISCUSSION

M. H. CLAUDE. — La psychiatrie s'oriente de plus en plus vers la chirurgie cérébrale. L'exploration par la lame sus-optique est élégante et pratique.

M. BUVAT. — Les psychopathies organiques présentent souvent de la dilatation ventriculaire. L'électro-encéphalogramme aiderait pour les indications opératoires.

M. DAVID. — Il y a des dilatations sans distension et c'est à l'intervention par la lame sus-optique qu'il faut recourir. Dans certains cas, il faut aller chercher, à la seringue, un liquide pourtant très abondant (jusqu'à 100 cc.).

M. GUIRAUD. — La dilatation ventriculaire est, en effet, très fréquente. Mais elle est la conséquence de l'atrophie cérébrale, et s'observe chez des chroniques, des déments. Elle ne demande pas d'intervention.

(1) DAVID et ASKENASY. — *Loc. cit.*

Réactions de jalousie ayant déterminé l'internement d'un paralytique général au début, par MM. G. HEUYER et DESCLAUX.

Les délires de la paralysie générale sont rarement systématisés. On peut observer toutefois, soit des délires de persécution chez les paranoïaques, déjà décrits par Magnan, Sérieux et Claude, soit des psychoses hallucinatoires. Il est rare d'observer des délires passionnels, tels qu'un délire de jalousie. C'est pourquoi il nous a paru intéressant de rapporter le cas suivant :

OBSERVATION. — Le malade N... est envoyé à l'Infirmierie Spéciale par le commissaire de police de son quartier à la suite de la plainte d'un groupement politique. En fait, il poursuit de sa jalousie, depuis des mois, son ancienne maîtresse, Mme D..., actuellement secrétaire d'une permanence de ce groupement.

N... est un sujet de 44 ans, mince, de taille moyenne, ancien chanteur dans un cabaret ; il s'exprime en termes choisis, ponctue du geste ses déclarations ; il mime sa conversation. Par son aisance, il donne l'impression d'être « en spectacle ».

Au premier abord, on le prendrait pour un paranoïaque ; certains éléments de son dossier confirment cette impression. Il parle avec satisfaction de ses succès professionnels, en les accentuant. Il les compare aux échecs scéniques de son amie. Il insiste sur le fait « qu'il aurait pu avoir beaucoup de succès féminins dans toutes les capitales ». Il a une haute opinion de lui-même ; « la passivité d'un Ghandi est la plus grande force de résistance qui soit au monde, ma constance, mon entêtement de ces derniers mois s'en est inspiré, et peu m'importe que le *vulgum pecus* comprenne, m'approuve ou me blâme ».

Méticuleux dans le détail, il écrit trois ans après un incident : « J'ai souvenir de certain matin d'automne du lundi 20 octobre, alors que dans l'autobus 31, etc... »

Méfiant, il estime que certaines personnes l'ont empêché de retrouver son ex-amie. « L'ami V..., sur son instigation et la vôtre, s'est permis de me faire appréhender et fouiller, comme si j'avais été un suspect, au cours d'une petite conjuration policière, dont tous les détails avaient, sans doute, été réglés d'avance. »

S'accusant parfois de faiblesse, de mansuétude, il présente de courtes phases d'excitation psychique, où il devient menaçant : « Le moment venu, je réglerai mes comptes, tous mes comptes sans exception..., car, je suis après Dieu, envers et contre tous, le seul juge en la matière et le seul maître de mes décisions. »

En fait, son comportement au cours de son séjour à l'Infirmierie Spéciale, et plus tard à l'asile, n'a pas été celui d'un paranoïaque. Il

s'est montré aimable, docile, commentant les incidents qui l'avaient amené là. Proluxe, il reconnaît assez volontiers que son assiduité ait pu devenir importune et que sa jalousie était mal fondée. Mais, emporté par sa passion, il repart vite, au début surtout de son hospitalisation, vers la justification de sa conduite. Toutefois, à aucun moment, il n'a protesté contre son internement, qu'il a accepté comme une sanction thérapeutique utile. Il ne montre d'ardeur que lorsqu'on parle de son amie et se révèle alors un vrai passionnel, un jaloux, tel que le montrent d'ailleurs ses tribulations passées.

Il avait en effet vécu sans incidents notables avec une dactylo, Mme D..., de 1937 à 1941. A cette date, Mme D... annonce son départ en zone libre. Notre malade la laisse partir, mais bientôt, pris de soupçons devant quelques détails discordants, il s'agite en tous sens ; il fait une enquête, aidé par quelqu'un de la police judiciaire, et, grâce à son « flair personnel », il apprend par une amie de la jeune femme qu'elle est en réalité avec une tournée théâtrale en Bretagne. Il s'enquiert à la Société des auteurs de son itinéraire, et le soir même arrive à Laval. Là, par hasard, il descend à l'hôtel où sont les acteurs. Il se fait indiquer la chambre où couchent son amie et une autre jeune femme, et il s'y rend en s'annonçant comme le régisseur de la troupe. Reconnu, on lui ferme la porte au nez. Nuit d'insomnie. Le lendemain matin, il pénètre dans la pièce en s'écriant : « Ecartez-vous, me voilà. » Après une scène vive, tout s'arrange ; le soir, il est conquis par le jeu de Mme D... Le lendemain, il fait un faux départ pour Paris et vérifie une dernière fois la conduite de la jeune femme ; il repart le soir. Ils se revoient du 10 juin au 8 août 1941 ; il est très jaloux. Il fait quitter à son amie successivement trois places, parce qu'il redoute d'être trompé, tout en reconnaissant n'avoir jamais eu aucune raison précise de le supposer.

En septembre 1941, il choisit pour elle des chansons et lui obtient un contrat pour un tour de chant en banlieue. Prise de tract, elle ne donne pas plus de deux représentations. C'est un échec dont il est enchanté, car c'était, dit-il, un métier dangereux pour sa vertu. Ils reprennent la vie commune pendant quelques jours et c'est alors qu'a lieu la rupture définitive ; Mme D... devient, à la permanence d'un parti politique, la secrétaire de M. V..., ancienne relation de notre malade. Celui-ci exerce alors une surveillance incessante des faits et gestes de son ex-amie, gardant chez lui ses affaires par chantage sentimental, et pour permettre, avoue-t-il, les rencontres. Il rôde autour de son lieu de travail, la poursuit au café, au restaurant. Il y a intervention de la police. Il perd sa trace du 14 février au 2 mars 1942, mais il suit la mère de Mme D... et finit par retrouver sa fille. Il se promène devant le nouveau domicile, l'épie dans ses sorties.

Tout cela inquiète les membres de la permanence qui préviennent les services de la Préfecture. Lui, de son côté, écrit au Préfet de Police. Amené à l'Infirmerie spéciale, il présente des signes de paralysie

générale. L'affaiblissement intellectuel apparaît déjà ; il a des troubles de la mémoire, il ne peut répéter que six chiffres ; il a des troubles du jugement ; son excitation est absurde et incoordonnée, il écrit des lettres de 24 et 77 pages non terminées où il se répète en formules stéréotypées. A l'examen physique, les réflexes tendineux sont vifs ; les pupilles sont inégales, la droite est plus grande que la gauche ; elles sont en mydriase et réagissent à l'accommodation, mais non à la lumière. Il existe un petit tremblement digital et lingual, une légère dysarthrie aux mots d'épreuve.

La ponction lombaire confirme le diagnostic de paralysie générale : Albumine : 0 gr. 55 ; Pandy : traces ; Weichbrodt : — — ; Bordet-Wassermann : — — — ; Meinicke : — — ; Benjoin : 22222.22222.10000.

D'autre part les tests caractérologiques de Wodworth-Mathews modifiés donnent les résultats suivants :

Emotivité simple . . . . .	140	Dépression, hypocondrie .	78
Psychasthénie et obsession.	124	Tendances épileptiques ..	144
Tendances schizoïdes ....	120	Instabilité . . . . .	156
Tendances paranoïaques .	80	Tendances perverses . . . .	52

On peut constater ici la concordance entre nos observations cliniques et les résultats de ces tests.

A signaler une exophtalmie nette sans goître, ni tachycardie, ni tremblement.

Le malade a eu, il y a 25 ans, un chancre de la verge, traité seulement pendant deux ans.

Il a été impaludé et traité par le stovarsol dans le service du docteur Bessière qui nous a permis de le suivre. Nous avons constaté la disparition des réactions amoureuses et jalouses, la persistance d'idées de persécution sur un fond d'affaiblissement intellectuel. « J'ai été victime d'une conjuration policière, mais comme ils m'ont amené à me faire soigner, je passe l'éponge », dit le malade, pour résumer son histoire.

COMMENTAIRES. — Il s'agit d'une forme de début de paralysie générale avec un thème de jalousie qui pouvait en imposer pour un état passionnel. Rappelons que Magnan avait insisté sur le fait que c'est au début de la maladie ou à la faveur d'une rémission que l'on observe des délires systématisés et relativement cohérents. C'est ce qu'a présenté notre malade ; l'affaiblissement intellectuel, cliniquement décelable, lui avait cependant permis d'obtenir récemment quelques engagements. Sa conduite, sans désordre des actes, l'a fait prendre dans son entourage pour un simple jaloux, et ses réactions l'ont fait considérer comme un délirant. En réalité, il s'agissait d'un faux état passionnel inerme

et plus verbal qu'actif. L'affaiblissement intellectuel limitait la portée des réactions jalouses.

#### DISCUSSION

M. P. ABÉLY. — La jalousie semble bien être une réaction spéciale du cerveau au début des altérations de ce dernier. Ainsi dans l'encéphalite épidémique, l'artériosclérose, l'alcoolisme. De là, des crises anti-sociales, des crimes au début d'une démence alors que personne ne s'y attend. Dans la thèse de Mme Thuillier-Landry, on trouverait plusieurs observations qui confirment ce qui précède. Chez les paranoïdes l'étude de ces idées serait d'ailleurs à reprendre.

La séance est levée à 17 heures 30.

*Les Secrétaires des séances :*

Paul CARRETTE et Pierre MENUAU.

*Séance du Lundi 22 Février 1943*

**Présidence : M. H. BEAUDOUIN, président**

#### Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du 23 janvier 1943 est adopté.

#### Correspondance

M. DUBLINEAU, *Secrétaire général*. — La correspondance manuscrite comprend :

des lettres de Mlle le Dr JOUANNAIS, de MM. les Drs HUGUES, FOUQUET, HAZEMANN, qui remercient la Société de les avoir élus *membres correspondants nationaux* ;

une lettre de M. le Dr Paul COSSA, ancien Chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris, qui pose sa candidature à la place vacante de *membre titulaire* ; une Commission, composée de MM. René



CHARPENTIER, CLAUDE, DELMAS, PÉRON et J. PICARD, *rapporteur*, est désignée pour l'examen de ces candidatures. Le vote aura lieu à la séance du 22 mars ;

### Décès du Professeur Guy Vermeylen

une lettre de M. le D<sup>r</sup> Th. SIMON, *membre titulaire honoraire*, informant la Société du décès, survenu en janvier 1943, de M. le Professeur VERMEYLEN, de Bruxelles, *membre associé étranger*. La Société charge le Secrétaire général de transmettre à Mme VERMEYLEN, avec ses condoléances officielles, l'expression des regrets qu'elle éprouve de cette disparition prématurée.

### Election de deux membres correspondants nationaux

Après lecture d'un rapport de M. X. ABÉLY, au nom d'une commission composée de MM. X. ABÉLY, BESSIÈRE et LHERMITTE, sur les candidatures de MM. les D<sup>rs</sup> BONNAFÉ et HÉCAEN à deux places de *membre correspondant national*, il est procédé au vote :

Nombre de votants .....	19
Majorité absolue .....	10

Ont obtenu :

M. BONNAFÉ .....	19 voix.
M. HÉCAEN .....	19 —

M. le D<sup>r</sup> BONNAFÉ, Médecin-Directeur de l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban (Lozère), et M. le D<sup>r</sup> HÉCAEN, Médecin des Hôpitaux psychiatriques, sont élus *membres correspondants nationaux*.

### COMMUNICATIONS

#### Un cas de coma hypoglycémique spontané, par MM. Paul ABÉLY et Ch. FEUILLET.

Nous avons eu l'occasion d'observer récemment un cas de coma hypoglycémique spontané à évolution fatale, survenu brusquement chez un sujet présentant par ailleurs un syndrome œdémateux « de carence ».

OBSERVATION. — Le malade P., 41 ans, a présenté, dans les derniers mois, un amaigrissement particulièrement accentué, au total vingt et

un kilos de décembre 1940 à août 1942, en même temps qu'une infiltration œdémateuse considérable des membres inférieurs et de l'abdomen nécessitant le séjour au lit.

A l'examen, la perte de connaissance est absolue. Il existe de l'hypothermie ( $35^{\circ}6$ ) ; le pouls est misérable, la respiration suspirieuse entrecoupée de pauses. A ces signes généraux alarmants s'ajoute un riche syndrome neurologique : hypertonie des membres, très variable dans son intensité comme dans sa répartition, vivacité des réflexes tendineux, signe de Babinski, dérivation conjuguée de la tête et des yeux, mydriase, mouvements pendulaires des globes oculaires, strabisme transitoire, ont pu être notés à divers moments. Le fait essentiel de ce syndrome est en effet sa mobilité : les divers signes mentionnés se succèdent, apparaissent ou disparaissent en l'espace de quelques minutes. L'ensemble réalise trait pour trait le tableau du coma hypoglycémique tel que la pratique de l'insulinothérapie nous l'a fait connaître. Seules manquent ici les sueurs profuses typiques, mais rappelons qu'il s'agit d'un malade œdémateux dont le métabolisme hydrique est perturbé.

L'aspect clinique de ce coma, en l'absence de toute étiologie, incite à tenter sans attendre un traitement glucosé. Au moment où celui-ci est entrepris, le malade, — dont l'état s'était aggravé très rapidement en cours d'examen, — semblait devoir mourir d'une minute à l'autre : pouls imperceptible, respiration faible, très espacée, faciès livide marbré de plaques cyaniques, résolution musculaire complète. La première injection (40 cc.) intraveineuse de sérum glucosé hypertonique modifie instantanément ce tableau. Le pouls se renforce, la respiration reprend, le tonus musculaire réapparaît, le malade geint et esquisse quelques mouvements automatiques. L'aspect est celui d'un coma insulinique dont le réveil est proche.

Devant une indication aussi nette, on continue le sérum hypertonique intraveineux : 100 cc. sont ainsi administrés en un quart d'heure environ. Tout danger imminent semble, dès lors, écarté ; le pouls est bon avec une tension artérielle de 13-8, la respiration profonde et régulière, le faciès n'est pas altéré. Le syndrome neurologique est réapparu. Une prise de sang, pratiquée quelques minutes à peine après injection du sérum glucosé, confirme l'hypoglycémie, 0,56. L'examen des urines n'a rien montré d'anormal à aucun moment.

Le resucrage est poursuivi dès lors de façon intensive en goutte à goutte rectal et « per vasa ». En dépit de ce traitement dont les premiers effets avaient été saisissants, le malade succombe vers la 7<sup>e</sup> heure du coma.

Nous croyons intéressant de rapporter cette observation qui correspond assez à celles décrites par MM. Lhermitte et Sigwald à l'Académie de médecine (séance du 21 juillet 1942). Ces auteurs

rapportent trois cas (dont deux mortels) de coma hypoglycémique spontané à début apoplectiforme avec chute particulièrement intense du taux du sucre sanguin (0,10 à 0,33). A l'autopsie, l'hypophyse antérieure était atrophiée avec disparition de toutes cellules chromophiles. MM. Lhermitte et Sigwald admettent que tous troubles carentiels peuvent être à l'origine de ces accidents survenus récemment dans une formation hospitalière où aucun fait de cet ordre n'avait jamais été constaté.

Notre observation purement clinique concorde parfaitement avec les données précédentes : début brutal, hypoglycémie, gravité du pronostic.

Il est intéressant de noter que malgré l'identité symptomatique suffisante pour faire porter, dès l'abord, le diagnostic de coma hypoglycémique ce type d'accident diffère nettement du coma insulinaire provoqué. Dans ce dernier, l'hypoglycémie est aisément réductible et moins de 40 cc. de sérum glucosé assurent un réveil immédiat. Dans notre cas, après une dose de 100 cc., le sucre sanguin était encore à 0,56 et l'évolution ultérieure a été mortelle.

Ajoutons que l'hypothèse d'une origine carentielle est appuyée ici par la coexistence d'un syndrome œdémateux et que l'amaigrissement massif et récent de notre sujet peut plaider en faveur d'une participation hypophysaire.

A signaler que l'autopsie n'a pas pu être faite.

Ce malade âgé de 41 ans était traité depuis 4 ans pour démence paranoïde. Sa mère et deux de ses sœurs étaient internées avec le même diagnostic psychiatrique.

Cette psychose s'accompagne souvent, en temps d'alimentation normale et chez le même malade, d'alternatives de périodes d'amaigrissement rapide et d'engraissement considérable, sans modification du taux de la nourriture. La période d'engraissement correspond en général à une amélioration relative et à une stabilisation de l'état mental, celle d'amaigrissement coïncidant souvent au contraire avec une poussée évolutive d'aggravation.

Que la région infundibulaire puisse être suspectée dans de tels cas, cela paraît logique.

Quel a été le rôle de l'hypophyse antérieure dans notre observation ? Il demeure totalement inconnu puisque l'autopsie n'a pas été pratiquée.

M. H. Baruk nous dit avoir constaté des cas semblables dans son service de Saint-Maurice, toujours chez des malades en état de dénutrition marquée. La glycémie, normale la veille, s'est

effondrée totalement au moment du coma et ce coma s'accompagnait d'une chute impressionnante de la circulation capillaire et de troubles bulbaires. Il se demande si l'hypoglycémie est la cause de cet état ou seulement une manifestation secondaire préagominique. De tels accidents sont à rapprocher des comas de dénutrition qu'on observe en pédiatrie.

Cette observation rejoint toutes celles, hélas, déjà nombreuses, qui se rapportent aux états de carence et aux accidents faméliques aujourd'hui si fréquents dans les hôpitaux psychiatriques.

#### DISCUSSION

M. J. LHERMITTE. — L'exposé de M. P. Abély m'a d'autant plus intéressé que j'ai eu l'occasion d'observer quatre cas de coma hypoglycémique, dont trois furent mortels, dans mon service de Paul Brousse. Au point de vue clinique, ces faits se caractérisent par la brusquerie du coma, sa profondeur immédiate, les symptômes d'excitation dont il se complique : hémiplegie, contractures variables, quelquefois généralisées, simulant une méningopathie aiguë. Contrairement au coma insulínique, les sueurs font défaut, le stade du « coma humide » se trouve rapidement dépassé. Fait également à retenir, cet accident frappe des sujets en état de dénutrition profonde, presque cachectiques. Dans plusieurs cas, nous avons pu intervenir assez vite par le resucrage, mais le coma s'est montré le plus souvent irréversible chez un sujet dont la glycémie était tombée à 0,30, l'injection de solutions glucosées associée à celle d'adrénaline pendant 24 heures a permis la survie et la guérison. Les trois autres patients ont succombé.

L'étude anatomique que nous avons pratiquée nous a montré l'intégrité des centres nerveux, l'hypertrophie de la médullo-surrénale et surtout l'atrophie de la partie antérieure glandulaire de l'hypophyse. Histologiquement, il n'existe plus de cellules chromophiles et les éléments chromophobes très réduits de nombre et de volume étaient plongés dans une trame de sclérose dense. Les îlots de Langerhans étaient normaux. Etant donné qu'il a été établi que la destruction de la partie glandulaire de l'hypophyse peut conduire à l'établissement du coma hypoglycémique, d'une part, et que, dans nos faits, le pancréas insulínique était hors de cause, nous avons pensé que l'on pouvait rattacher à l'atrophie hypophysaire antérieure massive l'origine du coma. Et ceci d'autant plus sûrement, semble-t-il, que, chez le vieillard normal, la partie glandulaire se montre fort développée et même en réaction acidophile. Cette constatation présente encore un autre intérêt en ce qu'elle montre que les restrictions alimentaires qui sont imposées dans les hospices de vieillards peuvent aboutir à créer des lésions régressives de la glande pituitaire analogues à celles que détermine l'anorexie mentale.

M. Henri CLAUDE. — Je constate avec plaisir que M. P. Abély hésite à maintenir le terme de manifestations hypoglycémiques dans certains cas. Il est certain que nous observons souvent, chez les déments précocés, une série de manifestations traduisant une insuffisance glandulaire plus ou moins étendue. Les troubles ovariens, par exemple, sont classiques, mais il est peut-être admissible que, sous des influences variables, telle que la disette carentielle que nous observons, cette disette exagère ces insuffisances glandulaires qui sont sur la limite de l'insuffisance totale.

Comme l'a indiqué M. Lhermitte, il y a des troubles fonctionnels et anatomiques du côté de l'hypophyse. J'ai observé également chez un grand nombre de vieillards des altérations thyroïdiennes qui coïncident avec des perturbations dans la fonction de l'iode, qui ne s'accompagnaient pourtant pas de phénomènes cliniques. Ces cas qui ont été publiés autrefois avec Blanchetière pour la partie chimique rendent sans doute compte de la pénurie de certains moyens de défense organique. On conçoit que, chez des malades qui sont dans cette condition de carence physiologique, il suffise d'un minimum d'éléments pathogéniques pour provoquer, surtout après des épreuves comme celle de l'insuline, des accidents graves que l'on ne connaissait pas autrefois.

### Obsession ou hermaphrodisme psychosexuel ? par M. Claude POTTIER.

Comme le fait remarquer Krafft-Ebing, au cours de rêves érotiques, généralement, l'hétérosexuel rêve de la femme et l'homosexuel de l'homme. Dans le cas suivant il semble que l'homosexualité ne se soit jamais révélée avant l'apparition de rêves érotiques.

OBSERVATION. — J... René, instituteur, est âgé de 32 ans. Il est sujet à des rêves érotiques nocturnes. Pendant son sommeil il lui arrive parfois d'avoir en rêve la vision d'un jeune homme nu dont la verge est en érection. Il éprouve en même temps le désir de le masturber, a une pollition et se réveille brusquement. Rarement il lui est arrivé de rêver qu'il le masturbait. A son réveil, il ressent encore pendant un court instant une sensation physique voluptueuse, mais un sentiment de dégoût et de honte s'empare rapidement de lui. Ce sentiment demeure intense pendant deux ou trois jours et diminue ensuite progressivement au fur et à mesure que s'estompe le souvenir obsédant de ce rêve. Générateur d'un sentiment d'autoculpabilité et d'indignité, il détermine à chaque fois une vive douleur morale et s'accompagne



d'anxiété et d'abattement. Parfois, il a des idées de suicide. Il cherche alors à réagir contre ce « cafard » par la « gaieté factice » que lui donne une ébriété légère. Quand l'obsession du souvenir de son rêve se prolonge la masturbation ou un coït avec sa femme lui procure un soulagement momentané. Dès le lendemain, l'image érotique du rêve réapparaît et s'impose à nouveau reproduisant la honte et l'anxiété. Cette obsession le gêne beaucoup dans son activité professionnelle. Pour s'en débarrasser si possible pendant qu'il fait sa classe, il va se masturber dans les W.C.

J... aurait toujours rêvé beaucoup, mais c'est au début de sa puberté qu'il aurait eu son premier rêve érotique. Ce rêve, imprévu, se produit sans raison apparente. Au début, il n'avait de ces rêves que deux ou trois fois par an. Il semble qu'ils soient devenus plus fréquents à sa majorité. Quelquefois, ils se produisent pendant plusieurs nuits de suite, d'autres fois deux à trois fois par semaine, ou deux à trois fois par mois. Parfois, il reste un ou plusieurs mois sans en avoir. Leur évolution est donc irrégulière, épisodique plutôt que périodique.

A 18 ans, il a sa première liaison amoureuse avec une femme. Il ne trouve avec cette jeune fille de son âge qu'un « amusement » qui lui procure des satisfactions physiques. Pendant un an, il a avec elle des rapports sexuels environ une fois par semaine. Cependant, il continue à avoir des rêves érotiques, mais s'aperçoit du caractère anormal et morbide de ceux-ci.

A 22 ans, il fait un mariage d'inclination, mais avec l'arrière-pensée que la vie conjugale fera cesser les rêves érotiques qui l'importunent. Il ressent une affection très vive pour sa femme. Il a deux à trois fois par semaine avec elle des rapports sexuels qui lui donnent une satisfaction physique complète. Deux enfants naissent bientôt de cette union. Pendant près de deux ans, il n'a plus de rêves érotiques et s'en croit débarrassé. Aussi, il ne s'enivre plus. Mais, un soir, le rêve réapparaît. Il se reproduira ensuite à intervalles irréguliers, sans nuire aux relations sexuelles normales qu'il a avec sa femme.

En 1933-1934, il accomplit son service militaire qui ne donne lieu à aucun incident. Quand il quitte la caserne, on lui donne un poste d'instituteur primaire dans un village de la Brie.

En juillet 1935, il dirige un groupe de ses jeunes élèves à une fête de gymnastique. Ceux-ci ne portent que des vêtements légers et courts sous lesquels se dessinent leurs formes. Ce spectacle paraît l'avoir vivement impressionné. Deux ou trois jours après, il a un rêve érotique, mais cette fois le jeune homme à la verge en érection n'est plus un inconnu, mais un des gymnastes. Ce rêve l'impressionne profondément. Mais, pendant les deux mois de vacances consécutifs, il semble cependant l'avoir oublié. Retrouvant ce jeune homme au cours d'adulte, le souvenir du rêve qu'il a eu de lui réapparaît, et il éprouve le besoin obsédant de le masturber. Il lutte pendant près de deux mois contre cette tentation angoissante. Un soir, en novembre 1935,

étant assis à côté de lui pour lui montrer à faire un problème, il ne peut plus résister. Brusquement, il touche ses parties sexuelles. Cette agression sexuelle ne lui procure aucune satisfaction. Elle lui laisse un sentiment très vif de honte qui dure pendant plusieurs mois pendant lesquels il n'a plus de rêves érotiques.

Il est mobilisé de septembre 1939 à juillet 1940. Pendant toute cette période, il n'a ni rêves érotiques ni anxiété. Quand, par suite des nécessités de la vie des camps, il lui arrive de partager le lit d'un camarade, il n'éprouve jamais pour lui la moindre attraction sexuelle.

En juillet 1940, il reprend ses fonctions d'instituteur. En mars 1941, ses rêves érotiques réapparaissent. Leur thème est toujours le même. En avril 1941, le sujet d'un de ces rêves est un de ses anciens élèves âgé de 17 ans. Dans la journée, il rencontre souvent ce voisin et le rêve se reproduit plusieurs fois. Il est hanté ensuite par le souvenir de ce rêve et par le désir violent de masturber ce jeune homme. Il lutte encore contre cette obsession, est angoissé et souffre. Il cherche encore, mais sans grand succès, à oublier son obsession dans l'ivresse alcoolique. En novembre 1941, il rencontre un soir le jeune homme à la sortie du pays. C'est dimanche, J... a joué aux cartes tout l'après-midi et « bu un peu plus qu'à l'habitude ». Il lui propose de le masturber. Le jeune homme accepte. Il fait nuit. Il l'entraîne dans un sentier dans les champs et le masturbe debout. Il éprouve immédiatement une sensation de détente mais tout aussitôt après un sentiment de dégoût de cet acte, et de honte. Aussi dans des rencontres ultérieures le jeune homme lui demandant de le masturber à nouveau, il refuse. Cependant, en mai 1942, dans un endroit désert, à 9 heures du soir, après lui avoir donné du tabac, J... accepte de le masturber à nouveau. Il se fait ensuite masturber par lui. La mère du jeune homme ayant porté plainte, J... qui avoue ses attentats à la pudeur est arrêté. En prison, il a encore quelques rêves érotiques mais « flous » et qui ne lui donnent pas d'angoisse.

J..., physiquement bien constitué, a un foie déficient et du tremblement menu des extrémités. Renversé autrefois par une automobile cet accident n'a laissé aucune séquelle cérébrale chez lui. Son père était un alcoolique. Une sœur de celui-ci a été internée à l'asile de Lesvellee pour de la confusion mentale hallucinatoire alcoolique. Une demi-sœur de son père aurait eu récemment une crise de mélancolie.

J... a toujours été considéré comme faible de caractère, émotif, facilement déprimé, irritable et impulsif. Depuis son internement, à la maison de santé de Clermont, le 17 novembre 1942, il se montre calme, maître de lui, et n'extériorise pas par des manifestations très apparentes le regret du scandale qu'il a suscité et l'ennui de son arrestation. Tranquille il demande avec insistance une occupation. Il n'a pas d'affaiblissement intellectuel. Aucun trouble mental n'est observé chez lui en dehors de son obsession sexuelle. Il prétend que ses rela-

tions sexuelles avec des garçons ne lui ont procuré aucune satisfaction. Las de lutter contre son obsession il aurait cédé à celle-ci en commettant des attouchements. Mais il ne s'agissait alors que d'exceptions à caractère réactionnel et en quelque sorte thérapeutique.

J... paraît sujet à un état obsédant à imagerie sexuelle, sans recherche de satisfaction sexuelle vraie. Il ne serait pas un pervers mais un obsédé. Cependant, en dehors de son obsession sexuelle, nous ne constatons pas chez lui d'autres symptômes de psychasténie. Qu'à l'état de veille, il réprouve l'homosexualité et lutte contre l'obsession de celle-ci dont la réalisation ne lui donne que du dégoût et de la honte, ne nous paraît pas prouver qu'il n'ait pas de penchant homosexuel. On peut supposer, qu'ayant refoulé dans son subconscient sa tendance homosexuelle, il peut être un homosexuel qui s'ignore. De ce qu'il n'a pas d'aversion féminine, nous pensons qu'il ne faut pas éliminer la possibilité chez lui d'une tendance homosexuelle. Krafft-Ebing caractérise l'hermaphrodisme psychosexuel par le fait qu'à côté du penchant sexuel pour l'autre sexe, on trouve aussi du penchant pour le propre sexe. Comme il le fait remarquer, le second peut être plus faible que le premier et ne se manifeste qu'épisodiquement. J... nous paraît rentrer dans cette catégorie des hermaphrodites psychosexuels.

#### DISCUSSION

M. LHERMITTE. — Contrairement à M. Pottier, je crois qu'il s'agit d'un obsédé. Il rêve ; donc il est préoccupé pendant la phase de dissociation. Selon l'expression de M. Delmas-Marsalet « il y a une brique, un moellon qui n'est pas adapté dans le mur de construction ». C'était déjà l'image préconisée par Monakow.

M. POTTIER. — Nous n'avons pas trouvé d'autres signes de psychasthénie, on d'obsession.

M. GOURIOU. — L'importance du rêve serait en faveur de la psychasthénie.

M. BEAUDOUIN. — J'ai expertisé ce malade. Au début je le considérais comme un obsédé. C'est d'ailleurs la première fois que je fais interner un obsédé sexuel. Alors que dans les autres cas, je comptais surtout sur la punition j'ai pensé qu'il fallait ici un traitement avec internement. Le sujet était tellement dégoûté de lui-même qu'il allait boire avant de se masturber et c'est le point qui frappait l'entourage.

M. GOURIOU. — L'électro-choc devrait donner un bon résultat.

M. Jean DELAY. — Les malades de ce genre se comportent assez mal vis-à-vis de l'électro-choc.

**Hallucinations visuelles prophétiques à forme verbale pure et à caractères obsédants et intuitifs, par MM. Jean PICARD et ROBOT.**

La précision spatiale graphique et le champ limité d'interprétation des phénomènes verbaux apparaissent *a priori* peu compatibles avec la conception de représentations visuelles pathologiques toujours plus ou moins fugaces, interprétées comme illusions sensorielles ou vraies hallucinations. Un malade de notre service nous offre un exemple exceptionnel de ce mode d'activité psychique objectivée.

OBSERVATION. — C... âgé de 23 ans, est entré à l'asile de Bonneval le 7 octobre 1942 avec ce certificat : « Hallucinations visuelles (visions d'inscriptions terrifiantes). Délire mystique. Obsessions ( Crainte constante du diable et de ses interventions). Superstitions multiples. » Le début des troubles remonte à 1934, à l'âge de 15 ans. Il aurait été placé quelques jours à l'hôpital Henri-Rousselle pour un délire épisodique qui se serait accompagné uniquement d'hallucinations auditives.

En 1935 ses parents vont à la campagne et C... mène une vie tranquille sans apprendre de métier. Toutefois il est intelligent et autodidacte. Si ses idées délirantes ont disparu, il conserve une série de troubles psychasthéniques : crainte des microbes, lavage de mains, phobie des contagions. Ses lectures médicales le bouleversent. Il se passionne pour la météorologie. Durant des années il note température, pression barométrique et niveau des pluies. Dans le domaine sexuel, apragmatisme total, tendances à la masturbation.

En 1939 commencent de nouveaux troubles. En 1938 un missionnaire passe dans son village et comme jeune, ses parents ne l'avaient pas fait pratiquer, il fait sa première communion : « Mais j'avais fait des promesses à Dieu que je n'ai pas tenues. Je m'étais juré de ne point continuer mes pratiques solitaires. » Il fait preuve alors de ferveur religieuse, passe des nuits en prières au pied d'un crucifix, jusqu'au jour où sa mère le décroche, et lui dit que la religion est une invention des hommes, qu'il n'y a pas de vie éternelle : « Alors j'ai perdu confiance en Dieu. Je me suis dit que si on n'allait pas au ciel, on allait en enfer, que si c'était le Néant il y aurait Justice et Bonheur sur la terre. »

Un jour, après longue méditation il veut embrasser la place du crucifix absent. Il voit alors apparaître avec terreur, sur le mur, à cette même

place, des lettres dorées, lumineuses, majuscules de 10 cm., qui forment assez longtemps pour qu'il puisse la fixer la phrase : « Je suis le Diable ». Il élabore le système suivant : Dieu n'existe pas. Le monde a été créé par le Diable et est sous sa dépendance. Tout le genre humain est voué à l'enfer. « Celui que je crois le Diable, écrit-il, n'est pas Satan dont parlent les Écritures mais le Créateur-même qui est diabolique ». (Manichéisme délirant). Il a été choisi avant sa naissance pour révéler cette atroce vérité. L'enfer se trouve dans le soleil.

Puis les inscriptions se multiplient, d'abord en lettres lumineuses petites et souvent fugitives, soit sur un mur, soit dans l'espace. Il les voit même les yeux clos. Ce sont révélations dont il serait long d'énumérer la liste. Ça joue, dit-il, au devin, ou bien ça parle du passé sous forme de souvenirs oubliés. La plupart sont révélatrices de la présence du malin : « Je suis Dieu », écrit-il, et ajoute derechef : « C'est faux ». Il commente ironiquement ses actes. Lorsqu'il se coiffe il écrit devant lui : « Il ne manque plus que l'eau de Cologne ». Mais pour prouver sa puissance il lui annonce l'avenir ne mentant point quand il annonce du mal, le trompant toujours quand il prédit du bien. Ce qui lui prouve qu'il est le Diable. Toutefois dans ses prévisions il se trompe peu : « Tu mangeras des mangetout ». « Demain temps pluvieux ». « 1970 commencera un jeudi ». Le mot « paludisme » qu'il a vu avant son entrée signifie sans nul doute qu'il était destiné à un hôpital où l'on pratique la malariathérapie. Rarement les mots restent sybillins : une fois il vit le mot : coal, sans pouvoir lui attribuer de sens, sachant que ce mot anglais veut dire charbon.

Ces visions sont nocturnes et diurnes. Elles s'accompagnent d'érethisme émotif. Elles le laissent troublé de longues heures : « Je fais mon possible pour me dire que ce n'est pas vrai mais je n'y arrive pas. » Il nous a précisé les conditions d'apparition de ces troubles : « Je vois ces choses quand je suis seul et que je réfléchis. Le mot vient à l'esprit avant la sensation de la vision. L'idée précède l'image. » Depuis lors, à la suite de quelques séances de cardiazol, rétrocession des visions. Il déclare : « C'étaient des réponses à mes pensées. Je me dis que c'étaient des pensées inconscientes. » Remarquons que ces hallucinations ont changé de caractère sur le décours. Elles sont devenues petites, comme des caractères d'imprimerie de 2 centimètres, perdant de leur intensité, se détachant faiblement sur des fonds pâles, en gris clair ou blanc, avant que de disparaître.

Le 24 novembre 1942, épreuve de la mescaline (40 ctgr.). Trois quarts d'heure après, anxiété, visions déformées et troubles rappelant l'apraxie constructive, il voit sur une blouse une inscription rassurante : « Je ne suis pas le diable », et présente ensuite un état d'euphorie avec volubilité.

L'examen ophtalmologique (Dr Dubar) n'a révélé aucune altération de la motricité oculaire, de la vision, ni du fond de l'œil.



Il est remarquable de souligner dans un tel cas sa pureté monosymptomatique. Le passé est celui d'un dégénéré psychasthénique. L'évolution de la croyance délirante nous a fait craindre une évolution paranoïde. Mais cette bouffée hallucinatoire n'a laissé aucune altération profonde de la personnalité.

Ce qui reste particulier chez C., c'est l'absence de toute représentation visuelle autre que verbale. Dans les apparitions classiques du festin de Balthazar ou du Dr Faustus, tel que l'a représenté Rembrandt, la figuration d'une main s'adjoint aux écrits. Lui n'a jamais eu la moindre représentation visuelle qui ne soit graphique. Le malin ne n'est jamais décelé d'autre manière. Enfin, ces manifestations ont été multiples, répétées. Il est difficile de retrouver dans un tel cas une base esthétique profonde. Aucune excitation périphérique ou endogène ne semble en cause.

Depuis Ségla les obsessions hallucinatoires sont parfaitement connues. Cet exemple illustre ces passages entre l'obsession et l'hallucination. L'influence nette des pensées et des préoccupations est incontestable dans le déclenchement de ces visions. C'est lorsque la pensée est concentrée sur des problèmes préoccupants que les hallucinations se déroulent. Pour nous, nous nous refusons à ne pas considérer comme des hallucinations, des perceptions objectivées. Les auteurs (Ségla, Morax, Pick) qui ont observé de tels cas ont insisté sur les corrélations existant entre la pensée du sujet et son objectivation. La théorie de l'anidéisme hallucinatoire nous paraît surtout résulter de l'illusion que peut créer l'hermétisme des automatismes.

Un autre problème est le caractère intuitif de ces visions. Notre malade obéit à des intuitions. Il reconstruit de son mieux le monde métaphysique qui s'écroule autour de lui et il verse dans le manichéisme. La révélation corrobore l'aspiration : « Ce sont, dit-il, des réponses à mes pensées. » L'on est en droit de se demander si des activités complexes qui font appel à des mécanismes rationnels, mais dont les processus restent obscurs, ne sont pas assimilables aux opérations inconscientes de notre malade, qui a eu de la sorte la révélation de calculs de calendrier, dont il a vérifié avec perplexité l'exactitude habituelle.

Un ultime caractère des hallucinations graphiques mérite attention, à savoir l'aspect souvent prophétique de leur contenu. Ce n'est point sans raison que dans l'usage courant il y ait presque synonymie entre visionnaire et devin. Ribot avait déjà

mentionné ce rapport chez les mystiques où l'intuition se revêt d'images.

Toutefois sans fournir d'explication plausible de ces manifestations graphiques, l'on pourrait supposer que de tels états reflètent en dernier lieu la prédominance des modalités individuelles du langage intérieur.

**Etat obsessionnel et convulsions psychasthéniques consécutifs à des crises d'épilepsie d'origine alcoolique, par MM. L. MARCHAND et J. DE AJURIAGUERRA.**

On peut observer, associé à l'épilepsie, un état psychasthénique caractérisé par des obsessions, des phobies et des troubles de l'émotivité. Les rapports entre ces deux formes cliniques ont été signalés dès 1865, par Griesinger, puis par Berger. En 1871, Westphal rapporte trois observations de sujets épileptiques depuis l'enfance qui sont atteints d'agoraphobie ; il ne les considère pas comme des épileptiques mais comme des psychopathes. D'autres exemples sont donnés par Legrand du Saulle, puis par Marinesco et Sérieux, Cullerre, Haskovec, Parhon et Goldstein. Bechterew, Tixier, montrent la fréquence de la crise d'angoisse comme équivalent épileptique, Pitres et Régis se refusent à accepter une relation entre ces deux types de phénomènes tandis que Pierre Janet admet qu'il y a entre la psychasthénie et l'épilepsie « quelque chose de commun, leurs phénomènes sont voisins et peuvent se transformer l'un dans l'autre ».

Outre cette association possible des états obsessifs et de l'épilepsie, Oppenheim, sous le nom de « convulsions psychasthéniques » « ou de « crises intermédiaires », a décrit une forme spéciale de crise convulsive dont le déclenchement se fait sous l'influence de l'état psychasthénique. Quoique les caractères cliniques des crises se rapprochent de ceux de la crise comitiale, il ne considère pas les malades comme des épileptiques ; ceux-ci appartiendraient au groupe des dégénérés ; ils sont sujets aux réactions anxieuses, aux obsessions, aux phobies. Les crises sont peu fréquentes. L'intelligence et la mémoire restent intactes. Lépine a décrit ensuite cette forme d'accès sous le nom « d'épilepsie psychasthénique ». Depuis, de nombreux travaux étrangers ont paru sur cette question.

Les cas de crises convulsives en rapport avec un état psychas-

thénique sont plutôt rares. Nous présentons à la Société un malade dont les accidents répondent à cette association.

OBSERVATION. — Th... âgé de 21 ans, se présente pour la première fois le 23 février 1940 à notre consultation à l'hôpital Henri-Rousselle. On ne note aucun trouble psychopathique important dans ses antécédents héréditaires. Th... est fils unique ; il est né à terme à la suite d'un accouchement laborieux. Maladies banales sans gravité dans sa première enfance. Pas de convulsions infantiles ; terreurs nocturnes entre 7 et 8 ans. Pas d'énurésie tardive. Développement intellectuel normal. Certificat d'études à 12 ans. Caractère doux, affectueux, sociable, suggestible aux conseils familiaux. Particularité importante, Th... a toujours manifesté de l'hyperémotivité : crises de larmes lorsque son père rentrait en retard ; peur de rester seul, de perdre ses parents dans la rue, de mourir à la moindre indisposition. Pas de rapports sexuels avant son mariage qui a eu lieu cette année. Désirs génésiques peu fréquents. Depuis l'âge de 15 ans, Th. travaille chez un mandataire aux Halles où il a été entraîné à faire des excès de boisson : café arrosé le matin, vin rouge et vin blanc au cours de la matinée ; plusieurs apéritifs par jour.

A l'âge de 18 ans, le lendemain du 14 juillet 1938 qui avait été fortement arrosé, Th..., vers 5 heures du matin, est atteint pendant son sommeil d'une première crise dont son père est témoin : faciès pâle, perte complète de connaissance, mouvements convulsifs peu étendus ; yeux réversés ; pas d'urination, pas de morsure de la langue ; durée : 3 à 4 minutes, après quoi, Th... reste hébété et inconscient. Nouvelle crise semblable une heure après.

Th... continue à faire des excès éthyliques. Crise matinale du même type un mois après. En juillet 1939 nouvelle crise dans la journée ; chute brusque au cours de laquelle il se blesse au front, convulsions peu marquées et pour la première fois morsure de la langue. Il cesse alors tout excès de boisson et prend chaque jour 0 gr. 05 de gardéнал ; mais à partir de cette époque surviennent des crises d'angoisse avec spasmes pharyngés, tachycardie, transpiration, qui n'apparaissent que dans des circonstances particulières : lorsqu'il prend le métro, l'autobus, le train, lorsqu'il se trouve dans des endroits fréquentés, au cinéma. Les crises d'angoisse se suspendent dès qu'il est dans son milieu familial ou à la campagne.

Il s'est mobilisé en juin 1940 : nouveaux excès éthyliques ; une crise convulsive en août ; une autre crise avec morsure de la langue en septembre alors qu'il est dans un camp de jeunesse. Pendant cette période de vie à la campagne, atténuation des crises d'angoisse. Il est réformé en décembre 1940.

A partir de cette époque, nouvelle suspension complète des excès éthyliques. Les crises restent rares, mais leurs caractères sont complé-

tement différents des précédents. Th... a deux crises à une heure d'intervalle le 24 avril 1941, une crise le 27 décembre 1941, le 27 juillet, le 5 octobre 1942, une crise le 11 janvier 1943. Nous résumons ainsi leurs caractères : pendant plusieurs minutes avant la crise, angoisse violente, battements dans le cou, constriction pharyngée ; Th... ne peut tenir en place ; il se rend dans un endroit où personne ne peut le voir et il s'étend par terre. Il ne perd pas complètement connaissance ; il a la sensation que sa langue et sa tête remuent, que ses mâchoires sont contractées, il suffoque, il ne peut parler, les mouvements convulsifs sont peu étendus. La coloration du visage serait peu modifiée. Pas d'émission d'urine, de mousse aux lèvres. Au cours de plusieurs crises, Th... s'est mordu, soit la joue, soit la langue, parfois des deux côtés. La durée de l'accident varie de 2 à 20 minutes. Sensation consécutive de lourdeur dans les membres ; jamais de maux de tête. Retour rapide à l'état normal.

Après chaque accident, augmentation des angoisses, des phobies et en particulier de la phobie d'avoir une crise et des obsessions, mais dès que Th... est rentré à son domicile, celles-ci disparaissent. Jamais il n'a eu de crises convulsives chez lui. Nous avons voulu le soumettre à l'épreuve de l'hyperpnée ; il a refusé par crainte d'avoir une crise. Pouls à 128 pulsations par minute pendant l'examen.

Ajoutons que le traitement gardénalique et bromuré n'a aucune action favorable ni sur les crises, ni sur l'état obsédant. Au point de vue somatique, il s'agit d'un sujet au système pileux peu fourni, au faciès légèrement couperosé. Les organes génitaux sont normaux. Aucun symptôme d'ordre neurologique, sauf un tremblement des doigts ou de la langue. Aucun stigmate hystérique. Les réactions de Bordet-Wassermann et de Meinicke sont négatives dans le sang.

Un examen électroencéphalographique pratiqué en septembre 1941 au laboratoire de la Faculté de médecine a donné les résultats suivants : « L'électroencéphalogramme présente toutes les particularités d'un psychisme émotif : réduction à l'extrême de l'activité électrique spontanée. Cet aspect est le contraire de celui constaté dans le mal comitial. »

Nous pensons que l'on peut interpréter ainsi ce cas. Sous l'action des excès éthyliques, apparition de crises épileptiques d'origine toxique chez un prédisposé. Après la suppression des excès, développement d'un état obsessionnel et phobique et crises convulsives psychasthéniques dont les caractères sont nettement d'allure névropathique. Quand on se reporte aux travaux concernant l'épilepsie dite « psychasthénique », on peut se rendre compte que l'on décrit sous cette étiquette tantôt des crises comitiales qui n'ont aucun caractère névropathique, tantôt

des crises névropathiques auxquelles l'application du terme « épilepsie » est mal appropriée et prête fâcheusement à confusion.

## DISCUSSION

M. Henri CLAUDE. — Si les crises chez le malade de M. Marchand ont été nettement épileptiques autrefois sous l'influence de l'intoxication alcoolique, dans ces derniers temps, en raison de la suppression de l'alcool, il y a eu une amélioration. Les phénomènes nerveux considérés comme des crises sont mnésiques, et, sauf quelques morsures, n'ont plus le caractère qu'ils avaient autrefois. Ces crises sont surtout nettement conscientes, mais ont-elles le caractère psychasthénique qui représente une nomination purement clinique et dont le substratum biologique reste incertain ? Il y aurait lieu ici, en raison de certains phénomènes apparents, même devant nous (rougeurs, tics nerveux, anxiété persistante, phénomènes cardiaques fonctionnels, etc...), d'étudier par les méthodes d'inscription actuelles les réactions sympathiques qui en imposeraient pour de simples réactions émotives dont on n'avait cure autrefois.

Actuellement, avec les recherches de M. Leriche et de M. Reilly, on sait que des lésions organiques prenant même les apparences de lésions infectieuses peuvent être provoquées par des modifications sympathiques de causes diverses. Il faudra donc, à l'avenir, substituer aux dénominations purement cliniques, c'est-à-dire bien fragiles, des dénominations empruntant aux altérations organiques leur symptomatologie. Or, dans un cas comme celui-ci, en raison de la succession des symptômes dans leur évolution clinique, on peut supposer que des modifications, sinon organiques, tout au moins dynamiques, peuvent être à l'origine d'une symptomatologie qui en impose à certains égards pour des manifestations comitiales. Nous assistons depuis un certain temps à un reclassement nécessaire de toutes sortes d'états considérés comme subjectifs autrefois, et qui prennent désormais le caractère de modifications, soit dynamiques, soit organiques.

M. DUBLINEAU. — On peut interpréter ce cas, — comme on doit être amené à le faire pour n'importe quelle crise nerveuse, — en fonction du terrain constitutionnel et acquis. Manifestement, il s'agit ici d'un psychasthénique, ou, d'une façon plus générale, d'un sujet de type émotionnel, qui fait des crises nerveuses. Crises nerveuses qui sont *en principe* de type émotionnel et plus ou moins névropathiques, mais qui se sont épileptisées au cours d'excès épisodiques de boisson.

M. Jean DELAY. — En somme, nous nous trouvons en présence d'une association. Mais le terme de psychasthénie est-il correct ? Il s'agit surtout d'un anxieux.



M. de AJURIAGUERRA. — M. Barré a décrit naguère des « crises sympathiques ». Les crises correspondent assez ici à ce type sympathique.

M. PICARD. — Ce malade a tout de même eu des morsures de la langue ou des joues au moment de ses crises névropathiques. Il s'agit peut-être seulement de crises épileptiques atténuées. Pourquoi chercher une disparité de nature ? Nous connaissons ces crises avortées qui restent de la comitialité larvée.

M. Jean DELAY. — L'électroencéphalogramme n'a pas révélé de stigmates de l'épilepsie. On ne peut donc pas conclure.

M. H. BEAUDOUIN. — D'autant plus que le traitement par le gardénal est resté lui aussi sans action.

### Electro-choc et grossesse, par MM. J. RONDEPIERRE, D. COLOMB et R. BRUERE.

Les rapports de l'épilepsie et de la grossesse méritent une attention toute spéciale puisque en pratique psychiatrique peut se poser l'indication de traitement convulsivant d'une psychose gravidique. D'emblée nous admettons que, à moins de menaces extrêmement graves pour la mère et le fœtus, les troubles mentaux ne peuvent servir de prétexte à une interruption dite thérapeutique de la grossesse. Il faut donc traiter la gestante afin d'éviter une complication aiguë ou l'installation d'un processus susceptible d'évoluer ultérieurement vers un état discordant. Rares sont les observations publiées de femmes enceintes psychopathes traitées par l'insuline (1), le cardiazol ou le choc électrique (2). Aussi nous a-t-il paru intéressant de communiquer le cas d'une multipare traitée récemment dans notre service.

Quelle est l'action de l'épilepsie sur la grossesse ? L'opinion des auteurs est presque unanime : les crises comitiales ne retiennent pas sur l'évolution de la grossesse. En 1884, Béraud, dans sa thèse, rapporte les avis de Baudelocque, Laforgue, Schröder,

(1) WINGQVIST-RENC (Zentralbl. ges. neur. u. psych., 1943, t. 174, p. 225) : « Une primipare de 22 ans présente une psychose au 1<sup>er</sup>-2<sup>e</sup> mois de sa grossesse. Traitée du 3<sup>e</sup> au 5<sup>e</sup> mois par 33 comas et 8 pré-comas (48 à 72 unités), elle guérit et accouche sans incident d'un enfant normal. »

(2) Les trois cas connus de nous et non publiés ne sont pas concluants : deux cas de grossesse pathologique avec avortement, un cas de grossesse normale traitée à 8 mois par le cardiazol sans incident.

Axenfeld et Huchard, Charpentier, Naegele et Grenser qui s'accordent à reconnaître que l'influence de l'épilepsie est presque complètement nulle ; en d'autres termes, les attaques d'épilepsie survenues pendant la grossesse n'en modifient pas le cours et n'ont aucune action sur le développement et la santé du fœtus.

La thèse de Kagan (Montpellier, 1912) n'est qu'une paraphrase sans originalité du travail précédent. Elle rapporte l'opinion de Chambrelent (1) qui a souligné combien l'utérus gravide, si sensible aux perturbations physiques et même morales, résiste aux secousses violentes des attaques d'épilepsie. Elle donne en détail l'observation de Charpentier et deux observations d'Euzière et J. Delmas.

Le travail de Toulouse et Marchand (*Gazette des Hôpitaux*, 1925, n° 102) souligne la bonne influence de la grossesse sur l'épilepsie. Les articles de Niedermayer (1929), Kleine (1933), Baptisti (1940) et la thèse de Beauverger (Paris, 1934) aboutissent aux mêmes conclusions ; cependant Bachmann (1930) et Pollak (1932) sont moins optimistes et constatent que les femmes épileptiques ont une descendance plus ou moins tarée. Le rapport de la Réunion neurologique internationale de 1932 rappelle le cas fâcheux de Tarnier, celui de Paquy et la statistique (1928) de Waldstein (55 cas de gestation chez 24 épileptiques, 40 accouchements à terme, 5 prématurés et 10 avortements).

Ainsi, la grossesse, d'après la majorité des auteurs, n'est pas aggravée par l'épilepsie préexistante. Dans certains cas, nous avons vu également que la grossesse n'était pas influencée par une épilepsie débutant pendant celle-ci. Devant un tel matériel de faits — et nous avons certainement omis des observations — nous nous sommes crus autorisés à traiter la malade dont voici brièvement l'observation :

OBSERVATION. — Mme D. C..., âgée de 30 ans, entre à la maison de santé le 22 décembre 1942 pour un état d'excitation à type de manie aiguë avec éléments confusionnels. Sept chocs (24, 26, 28, 30 décembre, 2, 4 et 9 janvier 1943). Dès le deuxième choc, l'agitation cède. On note encore quelques troubles du comportement le 27, des rires paraissant immotivés le 30. Le 14 janvier, légère excitation psychique, la malade exprime des idées hypocondriaques nosophobiques qu'elle étend à toute la famille de son mari dont elle donne une description

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1899, p. 1158.

morbide chargée (neurasthénie, tuberculose, syphilis). Polarisation maternelle exclusive.

La sortie est décidée le 14. La première semaine de convalescence se passe sans incident. Mais, le 20 janvier, Mme C... est victime d'un accident de la circulation où sa hanche droite est heurtée violemment. Transportée à l'hôpital, on ne note ni fracture, ni menace d'avortement. Le 25 elle rentre chez elle, son état demeure très satisfaisant, en dépit du « mécano-choc supplémentaire » (l'expression est du mari). Le 27 : pertes chocolat. Le 31 : fausse-couche, fœtus de trois mois et demi. Curetage sous anesthésie générale. La malade nous écrit une relation circonstanciée de son accident et dans sa lettre ne transparaît aucun trouble psychique.

Il est fâcheux qu'un traumatisme aussi violent, survenu 18 jours après la dernière séance d'électro-choc, ait causé une fausse-couche. Vu la chronologie des faits, il ne semble pas qu'on puisse attribuer cette fausse-couche à la convulsivothérapie supportée sans incident. Ce cas suscite quelques questions :

1° A-t-on le droit de comparer l'épilepsie essentielle à la crise convulsive électrique et de déduire ainsi une innocuité absolue de cette dernière, parce que la première semble anodine ?

2° Peut-on affirmer que des crises convulsives délibérément provoquées par un courant électrique n'agissent pas sur la destinée ultérieure de l'enfant ?

3° Dans toutes les observations rapportées, il s'agissait d'épilepsie préexistante : or, ici, on crée une épilepsie gravidique. L'action sur le fœtus est-elle la même dans les deux cas ?

4° Enfin, une objection de pure doctrine thérapeutique : cet état aigu n'est-il pas spontanément curable ?

Les deux premières objections présentent quelques analogies. Rien ne différencie fondamentalement les crises spontanées des crises provoquées. Les travaux récents sur le cardiazol (Thèses de Feillet, d'Assuad) soulignent qu'au point de vue séméiologique, les crises provoquées sont fondamentalement identiques aux crises dites essentielles quoique plus intenses et plus dramatiques. Elles affectent un sujet neurologiquement normal et ne laissent pas de séquelles.

Le courant électrique n'agit pas directement sur le fœtus. On sait l'importance primordiale de la position des électrodes sur l'organisme. Seul le cerveau est soumis à l'action directe de l'électricité durant le choc. L'épilepsie provoquée ne peut qu'être moins dangereuse pour le fœtus, puisque toutes précautions sont

prises pour éviter un trauma abdominal durant la crise. Pendant celle-ci, au cours de nos examens successifs, nous n'avons pu mettre en évidence de contractions utérines. D'ailleurs les traités de physiologie et les monographies sur l'épilepsie restent muets sur le comportement des fibres lisses en général et utérines en particulier pendant la crise épileptique. Dans le domaine expérimental, rappelons que les anciennes expériences de Battelli sur les animaux, confirmées par celles de l'un de nous sur la lapine, prouvent l'innocuité de l'épilepsie électrique chez l'animal en gestation malgré l'énormité des doses de courant employées dans nos expériences.

Si on admet le parallélisme entre épilepsie spontanée et épilepsie provoquée, on peut évoquer les épilepsies de la gestation ou épilepsies gravidiques : observations de van Swieten, de La Motte, Echeveria (1), Nothnagel (2), Gowers, Soukhanof (3), où l'utérus s'est comporté comme au cours des épilepsies préexistantes.

La quatrième objection est la seule sérieuse, mais chaque cas demande une étude minutieuse à ce point de vue et, si nous sommes convaincus que l'électro-choc ne provoque pas l'avortement, nous devons nous efforcer de guérir rapidement une psychose toutes les fois que nous en avons la possibilité. En pratique, la conduite à tenir nous paraît pouvoir être schématisée ainsi : 1° consultation avec un accoucheur ; 2° décision différente selon : a) l'état mental ; b) l'état gravidique.

*Les contre-indications* sont tirées de : A) *l'état mental*. a) Psychose spontanément curable s'étant manifestée intérieurement par de courts accès (maniaques ou mélancoliques notamment). A l'inverse : b) Psychose habituellement rebelle à l'électro-choc, telle que psychose hallucinatoire chronique, délire d'interprétation, schizophrénie ancienne. B) *L'état gravidique*. a) Anomalies de la gestation telles que l'électro-choc offre les plus grands risques de provoquer l'avortement. b) Grossesse près du terme (contre-indication relative).

*Les indications* sont tirées de : A) *l'état mental*. a) Psychose discordante au début. b) Etat d'agitation compromettant la vie de la mère et à tout le moins risquant d'amener l'avortement. B) *L'état gravidique*. a) Anomalies justifiant d'après l'accoucheur la provocation de l'avortement ou l'accouchement prématuré. b)

(1) Epilepsie nocturne. *Ann. Méd.-Psych.*, 1879, p. 179.

(2) Art. Eclampsie, 1878.

(3) Assemblée de Saint-Pétersbourg, 1914.

Grossesse de 8 mois (à moins d'avis contraire de l'accoucheur).

Nous nous sommes attachés antérieurement à montrer que l'électro-choc pouvait être utilisé dans les cas considérés généralement par les « convulsivothérapeutes » comme des contre-indications formelles (tuberculose, cardiopathies bien compensées, âge avancé). Il nous semble que la grossesse elle-même ne constitue pas systématiquement un obstacle à la thérapeutique par l'électro-choc.

#### DISCUSSION

M. LHERMITTE. — On ne peut comparer absolument « épilepsie » et « crises par électro-choc ». Dans l'électro-choc, il y a une phase de spasme électrique qui précède la crise d'épilepsie. Dans l'épilepsie existe, d'autre part, une forme sympathique, avec phase végétative plus ou moins marquée. On peut observer de vives contractions utérines et, par conséquent, une action défavorable sur la grossesse.

M. GOURIOU. — Le problème est surtout de savoir si la crise psychopathique a une action plus nocive sur l'utérus que l'électro-choc lui-même.

#### Manie réactionnelle et compensation, par M. Jean DELAY.

L'état maniaque n'est évidemment qu'un syndrome commun à des étiologies diverses. En regard des manies liées à des processus encéphaliques traumatiques, toxi-infectieux, tumoraux ou dégénératifs, on a individualisé dans ces dernières années des manies réactionnelles, représentant une réaction psychogénétique à des émotions ou de façon plus générale à des situations vitales. Or, parmi ces manies réactionnelles, il est un groupe très particulier par le contraste entre la nature douloureuse de la situation vitale psychogène et la joie maniaque.

Le trait fondamental de l'accès maniaque est l'hyperthymie expansive et euphorique. Mais si nous analysons le syndrome thymique de la manie nous voyons qu'il y a régression catathymique et exaltation holothymique, régression des instances sentimentales élaborées et exaltation des tendances instinctives élémentaires, et il serait possible d'envisager ces faits dans une perspective jacksonienne en soulignant que l'un et l'autre représentent respectivement l'aspect négatif et l'aspect positif d'une dissolution. La joie turbulente du maniaque est d'un mécanisme complexe, outre l'exaltation primitive du biotonus, il faut y faire



jouer un rôle à l'activité ludique si spéciale à cette régression pédoïde (G. Petit) que représente la manie mais aussi à l'insurrection de tendances instinctivo-affectives refoulées, d'où la valeur hédonique de l'accès maniaque. La régression des sentiments éthiques est d'observation banale et Pinel notait déjà qu'on observe « des accès sans fureur mais jamais sans altération ou perversion des qualités morales », le fait est particulièrement frappant chez des sujets dont le comportement antérieur portait la marque de hautes vertus morales et sociales. La libération des tendances instinctives sous forme d'érotisme, d'agressivité, de volonté de puissance, est comparable à ce qui se produit dans l'ivresse avec laquelle la manie présente tant d'analogies. L'érotisme est souvent entaché de perversions sexuelles et en particulier de tendances sadiques qui semblaient étrangères à la personnalité consciente. L'agressivité va de la simple taquinerie malveillante à la brutalité élastique et furieuse. La volonté de puissance chez ces malades qui se projettent dans la réalité avec une attitude de conquérant peut prendre un caractère revendicateur et paranoïaque bien souligné par G. Petit. L'ensemble justifie souvent la comparaison de Freud assimilant la manie à la saturnale romaine où l'esclave se trouvait libéré pour un seul jour des interdictions du maître sévère et pouvait alors dire et faire ce qu'il voulait. Maints travaux psychanalytiques de Schilder à Fénichel ont ainsi interprété la manie comme une révolte des puissances du « ça » contre celles du « sur-moi ». Aussi bien la joie dionysiaque de la manie peut-elle être interprétée sur ce plan comme l'équivalent d'une psychologie de la fête. La signification psychologique de la manie étant ainsi entendue, le contraste apparaît flagrant entre son caractère hédonique et la situation douloureuse qui peut éventuellement l'engendrer.

Nous avons fait plusieurs observations comparables à la suite des événements de juin 1940. Nous résumons ici brièvement celle du capitaine X.

OBSERVATION. — Cet officier de réserve, âgé de 42 ans, était venu plusieurs fois nous consulter au centre neuro-psychiatrique de Bar-le-Duc. En temps ordinaire, il vivait en Alsace avec sa femme dans une propriété où il menait une vie solitaire, oisive et retirée. On retrouvait chez lui tous les traits du caractère sensitif de Kretschmer : timide, scrupuleux, impressionnable, extrêmement religieux, son éducation austère avait été marquée par la crainte d'un père très autoritaire et il avait gardé dans la vie une attitude soumise et réservée. Il se sentait dépaycé dans son nouveau milieu, ne se liant pas avec les

autres officiers qui le trouvaient distant, froid et trop déférent avec ses chefs hiérarchiques. Il craignait de ne pas être à la hauteur de ses responsabilités militaires et venait de temps en temps nous exposer ses craintes et ses scrupules sans qu'on puisse toutefois parler de psychose de responsabilité. Au moment des journées désastreuses de mai-juin 1940, il fut évacué dans notre service dans un état de dépression extrême, parlant de se suicider. Très patriote, il était profondément atteint dans son amour-propre national, et, Alsacien d'origine, il jugeait sa vie personnelle brisée. Le lendemain matin, son attitude était transformée, il était en pleine excitation maniaque : chants, cris, rires, danses, gesticulations désordonnées. Cet homme d'une extrême réserve était dans un état d'excitation érotique forcée extériorisant des tendances sadiques caractérisées et manifestant une agressivité extraordinaire à l'égard de ses chefs, de son père, et des scrupules religieux contre lesquels il ne cessait de proférer des injures scatologiques. Enfin, lui, qui doutait de ses vertus militaires, se croyait devenu « un grand chef », un « nouveau Foch », parlait de rallier les troupes en déroute et de les conduire avec « mordant » à la contre-attaque victorieuse, témoignant en paroles d'une bravoure qui lui avait fait défaut à l'heure du combat. Enfin, son comportement s'accompagnait d'une joie véritablement panique, accompagnant ses blasphèmes et ses obscénités d'accès d'hilarité, d'éclats de rire, de chants. Au bout de quelques jours, nous dûmes l'évacuer sur l'intérieur, mais nous avons eu des nouvelles de notre malade que nous avons personnellement revu quelques mois plus tard. Son accès maniaque avait duré une quinzaine de jours, il n'en gardait qu'un souvenir très flou, ce qui est loin d'être rare, car, contrairement aux notions classiques, l'accès maniaque est maintes fois suivi d'amnésie. V... avait repris, quand nous l'avons revu, son comportement antérieur craintif et effacé.

Ce cas est à rapprocher des autres observations de manies réactionnelles à une émotion douloureuse en particulier des manies de deuil. Ici la valcur hédonique de l'accès maniaque rappelle ces festivités de secondes obsèques que l'on observe dans les peuplades primitives et que certains psychosociologues interprètent sur le plan d'une libération cathartique des tabous imposés par le deuil. Une variété spéciale de ces manies de deuil est constituée par les manies de veuvage signalées en particulier en France par Courbon, D. Lagache, Mme Bonafous-Sérieux et H. Ey. Il ne s'agit nullement ici d'un état affectif adéquat à la mort d'un conjoint détesté, mais d'une disparition cruellement ressentie.

Ces explosions de joie maniaque à l'occasion de catastrophes constituent, croyons-nous, une sorte de réaction d'alarme, de

mobilisation générale des forces affectives dans le sens d'une compensation à une situation vitale catégoriquement pénible et affectivement intolérable. Elle va de pair avec une insurrection du refoulé, une exaltation des instincts de vie dans le sens d'une révolte contre les censures morales et sociales.

Nous ne prétendons nullement que ces variétés de manie soient purement psychogènes (Borel et Cénac). Il ne faut pas oublier que l'émotion qui déclenche l'accès est un processus essentiellement biologique, un choc à la faveur duquel se produit une dissolution psychopathique, mais nous pensons que le sens dans lequel se produit la réaction psychopathologique est étroitement lié aux instances affectives profondes de la personnalité et que le terme de manie de compensation convient pour désigner les mécanismes intimes qui expliquent le contenu de ces réactions en apparence paradoxales.

#### DISCUSSION

M. MONTASSUT. — La notion de compensation a été exploitée peut-être à l'excès. Pour ma part, je regrette presque d'avoir naguère employé ce terme. Il répond à une idée que j'abandonne aujourd'hui. La compensation n'est pas une pathogénèse. Tout délire, en somme, est une compensation. Le mécanisme de compensation fonctionne seulement une fois que la maladie est constituée, peut-être par occupation forcée des loisirs et recherche de la justification universelle. D'ailleurs, si l'on admet la compensation dans les états de ce genre, comment expliquer les récidives, les accès périodiques, etc. ?

M. GUIRAUD. — Comme exemple de manie survenant après une émotion pénible, je puis citer le cas d'une femme d'aiguilleur qui avait assisté à un accident. A la suite de l'émotion dramatique ressentie par elle, se manifestèrent instabilité et agitation. Entre l'effet et la cause, il y avait évidemment un contraste très vif. Je ne dirai pas que c'est par réaction, mais seulement par un mécanisme courant de dysthymie.

M. DELAY. — La compensation n'est pas un mécanisme nouvellement étudié. Adler a déjà dit naguère tout ce qu'il fallait en dire. Quant aux faits signalés par M. Guiraud, je ne vois pas là de contradiction, mais seulement l'expression d'un aspect de la personnalité antérieure du sujet.

M. Ach. DELMAS. — J'ai observé récemment un ménage de cyclothymiques. La femme se suicide. Le mari fait aussitôt une phase d'excitation avec entrain, enjouement, bonne humeur. Le même homme, un an auparavant, sur le coup d'une menace d'arrestation, était préoccupé et déprimé (il s'agissait d'un israélite étranger). Il fut effectivement arrêté. Or, je l'ai vu après son arrestation. Il était

enjoué, euphorique, en pleine excitation hypomaniaque. En général, s'il y a un choc, un déprimé peut devenir hypomaniaque et inversement. C'est surtout chez l'observateur qu'existe en fait l'idée de compensation.

M. GOURIOU. — La compensation ne peut expliquer l'allure cataclysmique de la manie. Aucun mécanisme ne peut ajouter quelque chose à ce fait. Ajouter la compensation à la manie, c'est apporter une explication psychologique à un syndrome nettement biologique.

M. HEUYER. — Tinel a décrit des formes de manie se déclenchant après une crise émotive pénible. J'ai également décrit des délires de rêverie, à forme de compensation. Mais la compensation ne peut pas créer une maladie. Elle est une explication de manifestations délirantes. La trame de la tapisserie est la même. Les fleurs en sont variables selon les formes de compensation. De même, une préoccupation pénible ne crée pas la mélancolie. Il y a toujours autre chose. Sous ces réserves, la compensation est un mécanisme extrêmement fréquent chez tous les malades.

M. BEAUDOUIN. — Nous voyons tous des malades ayant réagi par une crise d'agitation à un choc triste, déprimant. Le traitement de choc nettoie ces accès en deux ou trois séances le plus souvent.

M. DELAY. — Le mécanisme de la compensation est un phénomène très général. La psychose peut-elle être créée dans ces conditions ? Evidemment non. Mais il y a un fait important, à savoir la contradiction entre la présentation de l'accès et la personnalité antérieure du malade.

La séance est levée à 17 heures 30.

*Les secrétaires des séances,*  
Paul CARRETTE et Pierre MENUAU.

---

# RÉUNIONS ET CONGRÈS

---

## Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de Langue française

*XLIII<sup>e</sup> session (Montpellier, 28-30 octobre 1942)*

---

Président : M. le Professeur Henri ROGER (de Marseille)

---

Le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française a tenu sa 43<sup>e</sup> session à Montpellier, les 28, 29 et 30 octobre 1942, sous la présidence de M. le Professeur H. ROGER, de Marseille. Le Professeur POROT, d'Alger, était *vice-président*. Faisaient également partie du Bureau, MM. le Professeur P. COMBEMALE, *secrétaire général* de l'Association, le D<sup>r</sup> VIGNAUD, *trésorier*, et le D<sup>r</sup> HUGUES, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Font-d'Aurelle, *secrétaire annuel*.

Le Congrès tenait pour la première fois ses assises à Montpellier. Cette 43<sup>e</sup> session, qui devait se tenir du 21 au 26 septembre 1939 et avait été retardée par les événements, réunit un grand nombre de participants. La séance inaugurale eut lieu dans la Salle des Actes de la vénérable Faculté de Médecine de Montpellier, sous la présidence de M. HONTEBEYRIE, préfet régional, et devant une nombreuse assistance. Après avoir remercié nos hôtes, en particulier M. le Doyen GIRAUD et M. le Doyen EUZIÈRE, et avoir salué la mémoire de GRASSET, M. le Professeur H. ROGER, *président* du Congrès, prononça un très intéressant discours inaugural sur la psychopathologie du goût.

Dans l'intervalle des séances scientifiques, qui furent très suivies, les Congressistes furent reçus à l'Hôtel de Ville par M. le Maire et le Conseil Municipal de Montpellier et eurent le privilège de visiter la Faculté de Médecine sous la conduite de M. le Professeur Paul DELMAS. La splendide *Clinique neuro-psychiatrique de la Faculté*, récemment ouverte, conçue et dirigée par M. le Doyen EUZIÈRE, fut unanimement admirée. Une visite de l'important *Hôpital psychiatrique de Font-d'Aurelle* fut également organisée.



Pour l'année 1943, le Bureau de l'Association sera composé de M. le Professeur POROT, d'Alger, *président* ; M. le D<sup>r</sup> J. HAMEL, de Naney, *vice-président* ; M. le Professeur Pierre COMBEMALE, de Lille, *secrétaire général* ; M. le D<sup>r</sup> VIGNAUD, de Paris, *trésorier*.

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour de la 44<sup>e</sup> session, dont le siège a été provisoirement fixé à Marseille (le D<sup>r</sup> POURSIDES en serait, dans ce cas, le *secrétaire annuel* et la date envisagée fut celle d'octobre 1943 (?) si les événements le permettent) : 1<sup>o</sup> *Rapport de psychiatrie* : Conscience et mémoire dans l'épilepsie, par M. le D<sup>r</sup> SUTTER, de Blida-Alger ; 2<sup>o</sup> *Rapport de neurologie* : Acquisitions récentes dans le domaine des troubles des réflexes, par M. le Professeur BARRÉ, de Strasbourg ; 3<sup>o</sup> *Rapport de thérapeutique* : Indications respectives de l'insuline, du cardiazol et de l'électrochoc, par M. le D<sup>r</sup> Paul COSSA, de Nice.

## DISCOURS INAUGURAL

De la physiopathologie du goût, par le professeur H. ROGER (de Marseille)  
*président*

Le président H. Roger étudie d'abord l'anatomie de l'appareil gustatif : récepteurs périphériques au niveau des corpuscules du goût, voies de coordination constituées par le IX et par le V, nerf lingual qui, pour gagner les centres, emprunte la voie du VII sensitif (intermédiaire de Wrisberg) au niveau de la corde du tympan, centres encéphaliques qui constituent trois étages : bulbaire (noyau dorsal de l'aile grise et noyau du faisceau solitaire), mésocéphalique (noyau arqué de la couche optique), cortical (lobe temporal pour les uns, opuscle rolandique pour d'autres).

En ce qui concerne la *physiologie*, sont successivement passés en revue : les types principaux de saveurs, la localisation des zones qui recueillent les sensations, l'exploration du seuil de perception (gustatométrie) et du temps de réaction, les facteurs qui favorisent la gustation (température, broyage des aliments, état liquide), les variations (suivant l'âge, le sexe, l'hérédité, les saisons, le climat, l'entraînement, les peuples, les races), les réflexes d'origine gustative (réflexes conditionnels), le rôle de défense de cet appareil, les rapports entre la sapidité et la constitution chimique des corps, les rapports et l'interpénétration de l'olfaction et de la gustation (olfaction gustative et gustation olfactive).

La *pathologie* du goût comprend : 1) les agueusies ou hypoguesies, qu'on rencontre dans les fièvres, dans les maladies digestives, les affections du système nerveux périphérique ou central (tabès, syringomyélie, sclérose en plaques, tumeur du lobe temporal, encéphalopathie congénitale) et surtout dans les traumatismes crâniens (intérêt médico-légal) ; 2) les hyperguesies, rares ; 3) les paraguesies : bouche amère des hépatiques, goût fétide des dyspeptiques intestinaux, envies des femmes enceintes, géophagie des enfants et de certaines peuplades primitives, auras et équivalents gustato-olfactifs de l'épilepsie (crises uncinées), hallucinations gustatives (persécutés accusant leurs ennemis de mettre de l'arsenic dans leurs aliments,

mélancoliques attribuant aux mets une saveur de pourriture provenant de la décomposition de leur corps, délirants mystiques se plaignant d'un goût de soufre ou de brûlé), rêves gustatifs ; gustation colorée, audition goûtée.

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

Les anorexies mentales, par M. Albert CRÉMIEUX (de Marseille)

L'anorexie mentale proprement dite comporte des signes somatiques : amaigrissement aboutissant parfois à l'inanition, aménorrhée, troubles digestifs, troubles cardio-vasculaires (en particulier abaissement de la tension artérielle et troubles vasculaires périphériques) ; troubles trophiques, rarement signes neurologiques. On a signalé des modifications humorales : parfois augmentation de la cholestérolémie, hypoglycémie, avec abaissement de la flèche d'hyperglycémie provoquée, surtout diminution du métabolisme basal. Le test d'Aron est variable. L'état psychique est très spécial : euphorie, indifférence à la maladie, activité paradoxale, coquetterie, amour de la mise en scène, obstination et énergie morbide, refus de la thérapeutique. Certains admettent qu'il peut apparaître au cours d'espèces nosologiques bien classées. L'origine hystérique est rarement admise, plus fréquemment le terrain obsessionnel. La psychanalyse y voit une forme d'arriération psycho-sexuelle avec refus de la vocation féminine. L'évolution est favorable si la maladie est prise tout au début. Le pronostic d'avenir est réservé.

L'anorexie mentale proprement dite doit être distinguée des sitiophobies (par idée délirante ou par trouble de l'instinct) et des anorexies des aliénés, celles-ci dues à des troubles digestifs, métaboliques (en particulier du métabolisme chloré) ou endocriniens. Mais il existe des formes intermédiaires.

Le diagnostic de l'anorexie mentale avec les autres états d'amaigrissement pose la question des relations entre l'anorexie mentale et les cachexies endocriniennes, en particulier la *maladie de Simmonds*. A l'extrême, les deux tableaux paraissent bien différents. Mais, pour les cas intermédiaires, les auteurs demeurent en désaccord. Il semble qu'on puisse concilier les deux opinions opposées, en admettant un mécanisme physiopathologique commun d'insuffisance pré-hypophysaire, peut-être secondaire à une dysfonction des centres neuro-végétatifs diencéphaliques, véritable carrefour psychosomatique. Cette hypothèse purement physio-pathologique, qui rend compte de la similitude des symptômes, laisse entier le problème psycho-pathologique de l'anorexie mentale.

En définitive, sur le terrain de la clinique, on doit encore distinguer trois ordres de faits : anorexie mentale proprement dite, anorexie et sitiophobie des aliénés, anorexie des maigreurs et cachexies endocriniennes (en particulier du syndrome de Simmonds) avec des formes intermédiaires, dont la différenciation sera le plus souvent très difficile ou même impossible.

## DISCUSSION

M. Laignel-Lavastine (de Paris) insiste sur la fréquence de troubles digestifs réels à la période de début de l'anorexie mentale. Dans 10 cas sur 12, traités par MM. Laignel-Lavastine et Rivière, le début avait été marqué par des troubles digestifs nets. Ces troubles étaient réels (brûlures d'estomac).

mac, digestions pénibles, nausées, diarrhées) sans passé digestif, d'apparition relativement récente, de forme clinique variée, mais tous caractérisés par ce fait qu'ils disparaissent assez rapidement devant la rééducation progressive de l'alimentation. Dès lors, l'anorexie mentale ne pourrait-elle, dans certains cas, être considérée comme un syndrome mental se cristallisant autour de troubles digestifs sur des terrains constitutionnels particuliers ?

A propos du traitement de l'anorexie mentale, MM. Laignel-Lavastine et Rivière confirment la vérité de la règle thérapeutique classique : isolement immédiat et absolu dans un hôpital ou maison de santé spécialisés, reprise progressive et rapide de l'alimentation obtenue, s'il le faut, par les méthodes artificielles, psychothérapie moins basée sur le raisonnement que sur l'action et la contrainte morale. Le manque de fermeté dans l'application de ces règles entraîne des échecs. Ils indiquent aussi, comme adjuvant, la méthode de Desruelles, des injections de sérum salé hypertonique qui, déterminant une soif marquée, facilite l'ingestion de lait, comme l'a déjà constaté M. Léculier.

M. Porot (d'Alger) se rallie entièrement à l'opinion du rapporteur sur l'existence de trois groupes distincts. C'est par un abus de langage qu'on a appelé « maladie de Simmonds » certaines maigreurs hypophysaires qui font figure d'anorexie mentale. La maladie de Simmonds est une entité anatomo-clinique, dont l'autonomie est caractérisée par son mode d'apparition, par sa progressivité irrégulière et presque toujours fatale et par les lésions atrophiques et dégénératives de l'hypophyse. Mais il peut y avoir un élément fonctionnel hypophysaire dans les anorexies mentales et, dans ces cas, le test qui a le plus de valeur est l'hypoglycémie.

Au point de vue mental, on ne saurait assez analyser les constituantes psychiques qui vont de la mélancolie (1<sup>er</sup> accès) au pithiatisme, en passant par la psychasthénie avec obsession et l'hypocondrie, sans oublier le rôle parfois de la débilité mentale. Il y a toutes les formes de passage avec les grandes psychopathies. Au point de vue thérapeutique, l'isolement rigoureux et la suralimentation s'imposent et M. Porot insiste sur le danger des petites injections d'insuline quand il y a hypoglycémie.

M. Porot met en opposition l'*hyperorexie mentale*, constituée par un besoin impérieux chez certains sujets de manger à tout instant pour lutter, disent-ils, contre une asthénie subjective et une sensation imminente de défaillance. Il en rapporte deux observations, dans lesquelles l'*hyperorexie* était accompagnée de *clinomanie*, d'*obésité monstrueuse* (109 kilos 500 dans un cas), de *glycosurie* avec *hyperglycémie* (jusqu'à 3 gr. 25), de cécité et de mutisme pithiatique ; tous symptômes accessibles à la discipline, l'isolement et la rééducation quand on peut les réaliser.

M. Euzière (de Montpellier) estime que l'opposition clinique n'entraîne pas nécessairement une opposition pathogénique. Cette communauté de mécanisme explique sans doute que la thérapeutique endocrinienne et la thérapeutique psychothérapique comptent toutes deux, dans les diverses formes d'anorexie mentale, des succès indiscutables. La vie ultérieure des jeunes filles anorexiques guéries démontre d'ailleurs que leur anorexie mentale manifestait une prédisposition à toutes sortes de troubles et de bizarreries mentales.

M. P. Cossa (de Nice). — Il est des anorexies d'origine purement mentale, psychogénétiques ; il est des cachexies de Simmonds purement endocriniennes. La discussion ne peut porter que sur les cas limites. Dans ces cas,

l'échec du traitement endocrinien ne permet pas d'éliminer l'hypothèse d'une participation hypophysaire (un cas de vraie cachexie de Simmonds n'a réagi qu'à l'implantation d'hypophyse et non aux extraits) ; la réussite du seul isolement avec rééducation non plus (il a rétabli l'appétit dans un cas lié à une acidophilie hypophysaire avec acromégalie légère, où le reste du syndrome ne céda qu'à la radiothérapie). Mais les signes cliniques de participation hypophysaire (préexistence de l'aménorrhée, hirsutisme) ne sont pas pathognomoniques ; parmi les signes biologiques, l'hypercholestérolémie et la dissociation entre les courbes d'hyperglycémie par voie veineuse (haute et ample) et les courbes d'hyperglycémie par voie digestive (écrasées), demandent à être étudiées car le jeûne ne les reproduit pas. Cette incertitude commande de traiter tous les cas comme s'ils étaient purement mentaux, par l'isolement, et d'utiliser les traitements endocriniens seulement comme appoint. Au reste, participation hypophysaire ne veut pas dire origine hypophysaire.

M. Noël Péron (de Paris) insiste sur l'intérêt, en présence de toute cachexie, d'établir un *Bilan alimentaire contrôlé*, dans des conditions d'observation rigoureuse. Depuis « la résurrection de la maladie de Simmonds », on n'a jamais vu autant d'anorexies mentales aussi profondément atteintes, et cela du fait d'un traitement glandulaire injustifié et surtout prolongé sans raison. Les cachexies glandulaires sont tout à fait rares et généralement liées au déficit de plusieurs glandes. Les anorexies mentales sont fréquentes et ne peuvent guérir que par la réalimentation et l'isolement.

M. Carrier (de Lyon) rappelle les conclusions de sa thèse sur l'anorexie mentale, trouble intestivo-affectif. Il insiste sur la méconnaissance de l'anorexie mentale, pense que la maladie de Simmonds est une rareté, que les syndromes dits hypophysaires décrits dans ces dernières années sont des anorexies mentales méconnues : à laisser évoluer une anorexie mentale sans traitement rationnel, on provoque un syndrome de carence, d'insuffisance glandulaire hypophysaire et autre. Les différents troubles des métabolismes sont dus à la sous-alimentation. Il faut savoir porter le diagnostic d'anorexie mentale, isoler ces malades de leur famille dans un milieu susceptible de réaliser la réalimentation surveillée, la malade étant encouragée par un thérapeute compétent. Ces conditions réalisées, on pourra, s'il y a lieu, appliquer le traitement opothérapique : l'expérience montre que là où les traitements opothérapiques les plus actifs avaient été inopérants, le traitement rationnel apporte presque toujours des résultats remarquables.

M. Donnadiou (de Chezal-Benoît) signale un mode d'évolution particulier de l'anorexie mentale vers la guérison. Certains malades ayant repris une alimentation suffisante refusent encore quelques aliments définis. Cette modalité d'évolution semblerait devoir faire redouter un pronostic sévère et faire penser à la schizophrénie. Une observation semblable a montré cependant une évolution favorable.

M. Heuyer (de Paris) rapporte 14 observations d'anorexie mentale. L'anorexie mentale est pithiatique : elle se produit selon le même mécanisme que tous les autres accidents pithiatiques : 1° à la base un intérêt personnel d'ordre affectif, qui est constant ; 2° une représentation imaginative ; 3° la réalisation pathologique du syndrome. A l'anorexie mentale sont souvent associés d'autres accidents pithiatiques. La nature pithiatique est confirmée par les résultats du traitement : l'isolement absolu guérit l'anorexie mentale comme tous les autres accidents pithiatiques.



Il existe une anorexie mentale chez les nourrissons et chez les jeunes enfants, dont la cause affective est en général facile à déterminer. En tout cas, chez l'adolescente, les troubles endocriniens ne sont pas primitifs et l'anorexie mentale n'a rien à voir avec une soi-disant maladie de Simmonds.

M. Giraud (de Montpellier) se rallie à l'opinion générale qui se fait jour et qui fait refouler très loin la maladie de Simmonds. Mais il y a une symptomatologie hypophysaire. L'hypophyse souffre du fait de l'inanition, elle souffre par un processus parallèle à celui qui touche les processus métaboliques et l'économie tout entière. Il y a chez certains de ces malades des particularités évolutives qui apportent un nouveau piège clinique.

### RAPPORT DE NEUROLOGIE

**Les problèmes neurologiques et psychiatriques immédiats et tardifs des traumatismes crâniens, par MM. P. SCHMITE et J. SIGWALD (de Paris).**

Les problèmes neurologiques et psychiatriques des traumatismes crâniens sont liés aux problèmes physio-pathologiques et thérapeutiques. Les accidents immédiats sont les plus importants, car se pose pour eux la décision opératoire. Il est utile de surveiller attentivement les blessés pour ne pas laisser passer l'heure après laquelle les lésions sont irréversibles.

Accidents immédiats : Dans les premières heures existe constamment un état confusionnel d'intensité variable. Dans 20 0/0 des cas, l'état commotionnel est grave et entraîne rapidement la mort : les lésions sont au-dessus de toute possibilité opératoire. L'état commotionnel moyen est le plus fréquent. Quand l'état commotionnel est léger, la perte de connaissance est très courte et parfois même a pu passer inaperçue du sujet qui, du fait de l'amnésie lacunaire, en a perdu le souvenir.

Les heures suivantes et les jours suivants, tout traumatisé crânien, même lorsque le traumatisme a pu paraître bénin, est susceptible de présenter des accidents évolutifs graves pouvant poser une indication opératoire : les uns diffus, à grand potentiel évolutif, les autres localisés. Les trois groupes de complications cérébro-méningées diffuses, d'ailleurs souvent associées, sont : 1° les hémorragies méningées sous-arachnoïdiennes ; 2° les processus d'hypertension intra-cranienne, hématome, méningite séreuse, œdème cérébral ; 3° les accidents d'hypotension intra-cranienne.

La surveillance attentive heure par heure des blessés peut montrer des modifications de l'état neurologique, l'aggravation des fonctions vitales : conscience, température, pouls, respirations, tension artérielle. L'élévation de la température, l'accélération de la respiration, le prolongement du premier temps de la déglutition indiquent l'aggravation. Des méthodes complémentaires peuvent préciser la nature de la complication et seront la première étape du traitement neuro-chirurgical : exploration par trous de trépan, ponction ventriculaire, plus accessoirement ventriculographie discutée d'ailleurs par beaucoup de neuro-chirurgiens. Pas de ponction lombaire.

Les complications qui nécessitent la décision neuro-chirurgicale sont d'une part les hématomes extra-duraux, sous-duraux, et exceptionnellement intracérébraux, les méningites séreuses précoces diffuses ou localisées. Mais c'est surtout l'œdème cérébral qui constitue la complication évolutive la



plus grave des traumatismes crâniens ; rarement pure, généralement associée aux autres complications évolutives. L'œdème cérébral accentue l'hypertension intra-crânienne, provoque la souffrance du tronc cérébral et amène les symptômes graves. Le collapsus ventriculaire, souvent associé aux hématomas, provoque la même symptomatologie que l'hypertension. Les complications nerveuses localisées peuvent être importantes.

En plus des accidents cérébro-méningés diffus, l'évolution des premiers jours de tout traumatisé crânien peut être entrecoupée par des accidents végétatifs (œdème du poulmon) ou par des accidents infectieux (lorsqu'il y a communication avec l'extérieur des cavités sous-arachnoïdiennes).

Dans les semaines et les mois qui suivent le traumatisme, des complications secondaires peuvent s'installer. Ce sont : 1° un syndrome post-commotionnel précoce ou des troubles psychiques précoces susceptibles de régression ; 2° des hématomas intra-crâniens tardifs, particulièrement l'hématome sous-dural ; 3° les accidents de méningite séreuse, soit ventriculaire, soit sous-arachnoïdienne ; 4° de l'œdème cérébral tardif ; 5° les accidents d'apoplexie cérébrale tardive ; 6° les complications infectieuses (méningite tardive ou abcès du cerveau) ; 7° la pneumatoocèle.

Les traumatismes crâniens entraînent dans une proportion de 20 à 40 0/0 des séquelles précoces ou tardives ; le syndrome post-commotionnel tardif, dont la nature organique doit être authentifiée par des examens cliniques minutieux peut durer plusieurs mois, parfois plusieurs années. Après le traumatisme, on trouve souvent de petits signes qui en affirment la nature organique. L'épilepsie traumatique peut survenir dans les mois et même dans les années consécutives. Toutes les formes cliniques d'épilepsie peuvent être observées. Les symptômes neurologiques et les séquelles psychiques peuvent survivre au traumatisme crânien, constituant des lésions définitives.

#### DISCUSSION

*M. H. Sleck* (de Lausanne) insiste sur les méthodes d'investigation permettant de différencier les symptômes organiques cérébraux des symptômes névropathiques surajoutés.

Le syndrome psychique le plus fréquent est la diminution de la mémoire de fixation, la fatigabilité psychique et la labilité affective. Cette labilité peut s'aggraver jusqu'à l'épileptoïdie. Le syndrome de Korsakoff est rare. Chez les assurés sociaux, la préoccupation de l'assurance crée une composante réactionnelle qui aggrave les troubles subjectifs. La débilité mentale antérieure favorise cette réaction névropathique, empêche la réadaptation et permet à de véritables syndromes hystéroïdes de se développer.

*M. Barré* (de Strasbourg). — Le blessé crânien doit être mobilisé aussi peu et aussi tard que possible. Radiographie, ponction lombaire, choc circulofoire (purgation par exemple) et même sérum antitétanique ne sont pas sans danger. On trépane trop souvent. L'étude des séquelles doit se baser sur une bonne enquête du comportement du sujet. Les signes objectifs doivent surtout retenir l'attention du clinicien. L'étude de la dysrèflexie vestibulaire croisée est la source de précieux renseignements.

*M. Raymond Garcin* (de Paris) insiste sur l'impossibilité, dans les premières heures qui suivent un traumatisme grave, de faire un pronostic raisonnable. Les seules possibilités neuro-chirurgicales visant à soulager le cerveau des souffrances mécaniques (hématome, méningite séreuse, hyper-sécrétion, œdème cérébral), les suffusions hémorragiques pulpaire étant au-

dessus de toute ressource thérapeutique, il importe de toujours vérifier par un trou de trépan explorateur la complication en cause pour pouvoir la traiter aussitôt que possible avant que les phénomènes réactionnels ne deviennent irréversibles. Avec M. Guillaume, se basant sur l'expérience de ce qu'ils ont vu à la III<sup>e</sup> Armée, il pense que si l'on doit attendre dans les premières heures qui suivent un traumatisme fermé, une fois passée la 10<sup>e</sup> heure, si aucune amélioration nette non discutable ne vient pas s'inscrire sur la courbe évolutive, il faut pratiquer un premier trou de trépan explorateur dont le siège sera précisé en particulier par la topographie des traits de fracture et du syndrome neurologique en foyer. Un second trou de trépan explorateur du côté opposé pourra être utile de même que la ponction ventriculaire selon les cas. L'utilité des radiographies précoces est soulignée par des exemples. L'auteur discute la valeur des signes pupillaires, la signification de certaines crises toniques, insiste sur la fréquence des polytraumatismes cranio-vertébraux, la nécessité de la sulfamidothérapie préventive et apporte des données statistiques relatives à 160 cas de traumatismes (90 dans un état grave) observés avec Jean Guillaume pendant la guerre et traités selon les directives classiques de Clovis Vincent et de Th. de Martel.

M. Arnaud (de Marseille). — Après la phase initiale à symptomatologie imprécise, on voit peu à peu apparaître des signes neurologiques qui permettent de diagnostiquer trois types de lésions : a) lésions anatomiques et chirurgicalement curables : hématome ; b) lésions diffuses hémorragiques profondes, non anatomiques, incurables chirurgicalement ; c) lésions mixtes et juxtaposées. Le premier cas est rare à l'état pur. Nous ne pouvons rien dans la deuxième éventualité. Dans le troisième cas, les lésions profondes sont fragiles et dangereuses d'accès. La grosse lésion anatomique qui se juxtapose a beaucoup moins d'importance. L'intervention gagne à être différée jusqu'à ce que l'hémostase de la lésion profonde soit stabilisée.

M. Paillas (de Marseille). — L'examen oculaire a une valeur absolue considérable, mais doit s'intégrer dans l'appréciation générale du traumatisme crânien. D'autre part, ce sont les lésions associées qui dominent la clinique et le pronostic des hématomes traumatiques précoces, d'où le corollaire thérapeutique : un hématome opéré secondairement est beaucoup moins grave qu'un hématome récent que l'on opère immédiatement.

M. Poursines (de Marseille) fait remarquer la rareté des documents anatomopathologiques et histologiques, le manque de concordance entre ces documents et les faits cliniques. Trois catégories de lésions : lésions contusionnelles (destruction de tissus avec hémorragies : piquetés hémorragiques), lésions commotionnelles (encéphalite vaso-motrice et exsudative), lésions hémorragiques des espaces prélabiles du cerveau et des méninges. L'avenir de ces lésions est à envisager : les lésions hémorragiques vont se transformer en plaques conjonctives avec coque névroglique ; les lésions commotionnelles sont aptes à régresser en ce qui concerne les manifestations vaso-motrices. Quant aux lésions neuronales, certains neurones dégèrent et disparaissent, d'autres récupèrent une histophysiologie normale.

M. Velter (de Paris). — La cécité complète peut être provoquée par un traumatisme crânien un peu important, surtout quand le lobe occipital a subi l'influence de ce traumatisme. Cette cécité peut s'accompagner d'hallucinations. Or, la cécité s'atténue à l'exception des cas de destruction étendue du lobe occipital sous l'influence d'hémorragies profondes de ce même

lobc. La guérison peut être incomplète avec séquelles hémianopsiques. Peuvent également persister des troubles psycho-sensoriels, tels que cécité psychique, amnésie visuelle, désorientation importante.

*M. Thurel* (de Paris) envisage, au point de vue thérapeutique, les traumatismes récents et les traumatismes anciens. Pour les traumatismes récents, s'il s'agit d'enfoncement d'ossements : craniectomie, nettoyage à la curette légère, désinfection et sulfamide ; le tout après radiographie. S'il s'agit de traumatismes fermés, le trou de trépan explorateur doit remédier à l'impuissance de l'exploration clinique. Lorsque le cerveau est le siège d'un œdème réactionnel important : injections de sérum hypertonique et large volet fronto-pariétal droit.

Pour les manifestations post-traumatiques tardives, la pneumo-encéphalographie permet de distinguer les lésions évolutives (hématome sous-dural, pneumocéphalie, abcès du cerveau), des lésions cicatricielles (dilatation de la partie sous-jacente du ventricule latéral).

*M. P. Cossa* (de Nice). — Quatre points paraissent à retenir : 1° importance des petits signes de souffrance du tronc cérébral (Barré, Arnaud et Paillas), même dans les traumatismes bénins ; 2° utilité des trous de trépan explorateurs, qui guident la main du chirurgien (c'est lui qui voit seul la plupart des cas), à condition qu'il y recoure seulement quand les signes généraux codifiés par Cl. Vincent dictent l'intervention ; 3° dangers et inutilité de la ponction lombaire systématique ; 4° immense supériorité du volet de trépanation mobile sur les trépanations mutilantes à la pince gonge.

*M. Trillot* (d'Albi) rapporte une observation montrant qu'un traumatisme de violence moyenne (sans fracture du crâne ni plaie contuse des téguments) peut créer de graves désordres cérébraux : attrition de la substance cérébrale et épanchement sanguin extra-cérébral.

*M. Rouquier* (du Val de Grâce) a examiné en série des blessés crâniens d'état tardivement aggravé. Il a utilisé les procédés de topographie radiologique cranio-encéphalique de Foix et Chatelain, en commençant par les cas anatomiquement vérifiés, avec destruction localisée de l'écorce cérébrale. Sur 25 cas de lésions pariétales pures, les troubles de la sensibilité du type cortical classique étaient homolatéraux dans 11 cas, bilatéraux dans 1, croisés dans 13.

## RAPPORT DE MÉDECINE LÉGALE

**Des conditions de sortie des aliénés délinquants et criminels internés,**  
par M. Pierre LÉCULIER (d'Orléans)

Le rapporteur résume son travail rédigé en 1939 et auquel il a dû apporter quelques modifications en raison des éléments nouveaux parvenus à sa connaissance depuis cette date. Il est consacré aux aliénés vrais, à l'exclusion des anormaux psychiques, et en prenant acte de l'état actuel de la législation. Les améliorations proposées sont inspirées des nombreux travaux parus sur le sujet et des législations étrangères. La législation française ne prévoit pas de garanties spéciales lors de la sortie d'un asile d'un aliéné délinquant ou criminel : la sortie de l'aliéné criminel est réglée par les dispositions générales de la loi de 1838. Dans la Seine, cependant, l'avis d'un médecin-inspecteur et celui du Parquet sont demandés par le Préfet qui

même, le plus souvent, renvoie le demandeur devant le Tribunal. A Hoerdt, le Préfet recueillait l'avis d'une commission médicale et celui du Parquet.

I. — *Les conditions médicales et sociales* sont à considérer avant et après la sortie et, en premier lieu, avant la sortie, *la connaissance du malade*. Une loi spéciale devrait régler dans un sens médico-pénitentiaire le sort des alcooliques et des anormaux, qui diffèrent des vrais aliénés. Un dossier complet est nécessaire, en particulier en cas de transfert. L'organisation d'un casier central des aliénés serait utile. La connaissance des conditions du *reclassement familial et social*, souvent insuffisante, pourrait être très améliorée en créant dans chaque asile un service social spécialisé.

Après la libération, la surveillance, quasi-inexistante actuellement, devrait comprendre un *contrôle psychiatrique*, de préférence dans un dispensaire, et une *tutelle sociale* qui serait effectuée dans les conditions les meilleures par une assistante sociale. Pour rendre ces mesures efficaces, il faudrait que la sortie d'un aliéné criminel soit rendue par la loi *conditionnelle et révocable* pendant une durée assez longue.

II. — *Pour les modalités de la sortie, l'appréciation technique*, actuellement (sauf dans la Seine) entre les mains du seul médecin traitant, devrait être confiée à une *commission médicale* dont tous les membres seraient compétents, plutôt qu'à une commission médico-judiciaire dans laquelle la présence de membres incompetents serait inutile ou même parfois nuisible. *Le pouvoir de décision* est attribué à l'*autorité administrative* personnifiée par le Préfet, responsable de l'ordre public. Cette solution, logique, a donné dans l'ensemble de bons résultats. L'avis du Parquet pourrait toutefois être demandé avant décision.

Cependant, la sortie par l'autorité judiciaire est souhaitée par beaucoup. Elle semble devoir être instaurée après la promulgation du nouveau Code pénal, dont le projet prévoit l'internement des aliénés criminels « par le Juge ». Dans ce cas, la plupart des auteurs optent en faveur de la *juridiction civile*, déjà compétente à l'égard de la sortie des aliénés en cas de recours devant la Chambre du Conseil du Tribunal civil. La procédure de l'article 29 de la loi de 1838 a souvent révélé des lenteurs et parfois amené des décisions inopportunes. Mais son extension à la sortie de tout aliéné criminel aurait l'avantage de ne pas nécessiter de réforme législative.

*En conclusion*, l'amélioration des conditions médicales et sociales apparaît plus essentielle que la réforme du mode formel de la sortie ; celui-ci serait toutefois utilement complété par l'avis obligatoire d'une commission médicale. L'institution d'un service social psychiatrique, la création de dispensaires, prévue par les projets d'assistance extra-hospitalière aux malades mentaux, seront les instruments nécessaires des progrès à envisager. La sortie des aliénés criminels devrait, de plus, devenir conditionnelle et révocable.

#### DISCUSSION

M. Laignel-Lavastine (de Paris). — A propos de la libération des aliénés délinquants ou criminels internés, M. Rivière, qui vient de faire sa thèse sur ce sujet, remarque que cette libération ne pose, en pratique, de problème que pour les alcooliques et les anormaux anti-sociaux, pour qui il y a carence de la loi de 1838. En attendant, la sortie, jugée possible, devrait être conditionnelle, surveillée et révocable. Ce serait une libération à l'essai avec double surveillance médicale et sociale accompagnée de mesure d'assis-



tance. Ce rôle de surveillance et d'assistance serait rempli par des organisations analogues aux Offices de réadaptation sociale belge, telles que le Centre de Psychothérapie et de Réadaptation sociale récemment créé à Paris par le professeur Laignel-Lavastine.

*M. Daumézou* (d'Orléans). — Il y a là d'abord une question de pronostic médical, uniquement du ressort des médecins et surtout du médecin traitant, et ensuite une sorte de cérémonie à réaliser avec le cérémonial le plus solennel possible. Mais cette cérémonie ne peut que déclarer la décision prise par les médecins, seuls juges d'une maladie mentale.

*M. Daumézou* envisage ensuite les problèmes spéciaux qui se posent lorsque la sortie du délinquant interné a lieu vers la prison, le temps passé à l'asile étant alors, en général, imputé sur le temps de la peine. La question mériterait d'être définitivement tranchée. Quant aux assistantes sociales, des études trop théoriques les préparent mal à leur tâche pratique.

*M. René Charpentier*. — Puisque notre rapporteur a bien voulu rappeler ma façon de penser, exprimée dans un mémoire récent, et s'y rallier, qu'il me permette de la préciser. Si j'estime que seuls des psychiatres sont en état d'apprécier si un malade doit ou non être placé ou maintenu dans un établissement psychiatrique, il me paraît indispensable, lorsqu'il s'agit de délinquants ou de criminels, que la désignation des experts et la décision définitive soient uniquement du ressort de l'autorité judiciaire.

A une commission uniquement composée de médecins spécialistes appartient la faculté d'appréciation du cas et la proposition de la mesure à prendre. A l'autorité judiciaire seule appartient le pouvoir de désigner les membres de cette Commission médicale. Et, naturellement, c'est à l'autorité judiciaire seule qu'appartient le pouvoir de remettre dans la Société un inculpé ou un condamné.

*M. Brousseau* (de Paris). — Il n'est pas toujours vrai que le retour à la liberté d'un élément qui a déjà prouvé sa nocivité entraîne *a priori* un risque plus grand que la sortie d'un autre malade. Les dossiers médicaux et administratifs constituent souvent une documentation insuffisante. Le médecin ne peut y remédier. Il doit être aidé par des assistantes sociales spécialement éduquées.

Il est souhaitable que médecins experts et médecins traitants ultérieurs évitent des propositions successives pratiquement contradictoires et maintiennent, sauf rares exceptions, le mode de protection individuelle et sociale bien étudié, une fois pour toutes. L'expérience prouve aussi qu'il n'y a pas intérêt à muter de service l'aliéné délinquant et criminel à l'intérieur de l'établissement.

Le contrôle des garanties offertes ou souscrites en vue d'une sortie est actuellement illusoire. Si l'autorité administrative s'oppose à une sortie, il serait souhaitable qu'elle indiquât les raisons qui ont motivé sa décision. Le Tribunal ordonnant une mise en liberté immédiate peut priver, parce que très rapide, l'aliéné sortant, du bénéfice de l'assistance post-asilaire. De l'étude de divers cas délicats de simulation, *M. Brousseau* conclut que la Commission médico-judiciaire souhaitée par le rapporteur ne peut se passer de l'avis du médecin traitant.

*MM. X. et P. Abély* (de Paris). — *M. Lœulier* hésite entre la compétence de l'autorité administrative et de l'autorité judiciaire. Pratiquement, c'est cette dernière qui prend la mesure d'internement ; il serait difficile de lui enlever les prérogatives de la sortie. Mais ces prérogatives ne sont que la



délégation d'un pouvoir incontestablement administratif. C'est la loi de 1838 qu'il faut réformer et non le code pénal. L'auteur ne suit pas le rapporteur dans la préférence qu'il accorde à la procédure devenue obligatoire de la Chambre du Conseil. Sa lenteur dans les décisions, son irresponsabilité, son dédain des conseils techniques n'ont amené que des déboires.

Il faut créer une personnification souhaitable de la responsabilité. Les mesures ayant trait aux aliénés criminels devraient être confiées à un magistrat compétent. Quelle que soit cette personnalité, l'avis médical est obligatoire mais les Commissions envisagées par le rapporteur doivent être médico-judiciaires ; la présence d'un élément judiciaire y est indispensable.

*M. Lauzier* (de Dijon) insiste sur le rôle important que doit jouer le service social des hôpitaux psychiatriques dans l'étude des conditions sociales et dans la surveillance des réalisations en matière de sortie des aliénés judiciaires.

*M. Trillot* (d'Albi) fait remarquer l'insuffisance de garanties de la législation actuelle. Il regrette que le médecin traitant ne dispose pas d'un dossier complet. Les renseignements fournis par le Parquet sont trop souvent minimes. Les Commissions consultatives seraient composées : 1) du Procureur de l'Etat Français ; 2) du médecin expert ayant conclu à l'internement ; 3) du médecin traitant. La décision appartiendrait au Préfet. Il paraît difficile d'enlever ce pouvoir aux Préfets, à qui l'Etat Français vient de conférer des pouvoirs très étendus en ce qui concerne l'internement administratif de tout sujet qu'il interne dangereux pour l'ordre public ou la sécurité de l'Etat. Les sorties seraient conditionnelles et révocables. Comme mesures complémentaires, *M. Trillot* indique des convocations de malades aux consultations d'hygiène mentale des dispensaires, l'assistance sociale et les Sociétés de Patronages.

*M. René Charpentier* — Permettez-moi d'abord d'appuyer ce que vient de dire *M. Ceillier*. Tous ceux qui ont eu à s'occuper d'enfants anormaux, délinquants ou non, ont eu à déplorer les difficultés éprouvées pour le placement opportun de ces enfants. Assurément, les circonstances ont beaucoup augmenté ces difficultés. Mais elles préexistaient aux difficultés actuelles et n'ont fait que souligner l'urgence de combler les lacunes de l'assistance psychiatrique infantile.

Pour revenir à la question des assistantes sociales psychiatriques, de la discussion qui vient d'avoir lieu résulte d'une part l'accord unanime sur l'utilité des assistantes sociales psychiatriques, d'autre part l'opinion presque unanime que, jusqu'ici, leur formation s'est montrée insuffisante. Tout en m'associant aux désirs exprimés de voir cette formation spécialisée devenir plus poussée, et, complétée par un stage obligatoire suffisamment prolongé, je ne voudrais pas laisser penser que les insuffisances constatées sont générales. Dans certains cas, une patience un peu plus prolongée de la part du chef de service aurait peut-être obtenu la formation désirée. L'habitude du malade mental ne se crée qu'avec un minimum d'expérience et tous les sujets, d'ailleurs, n'y sont pas aptes. Les hasards de la guerre et l'amitié du Doyen Euzière font qu'en 1939 et 1940, parmi les tâches militaires et civiles qui m'ont été confiées à l'hôpital général de Montpellier, j'ai eu la charge d'une consultation pour enfants anormaux et délinquants. Or, ce service, auquel ici le juge chargé des enfants adresse pour examen tous les enfants délinquants, fonctionne parfaitement, avec le concours d'une licenciée ès lettres, qui a une excellente pratique des tests, et d'assistantes socia-

les spécialisées auxquelles on ne peut qu'adresser des éloges pour le soin, le dévouement et la compétence avec lesquels elles procèdent aux enquêtes et aux placements. Ce qui a été obtenu à la Clinique neuro-psychiatrique de Montpellier peut sans doute être obtenu ailleurs. Je dois ajouter que deux au moins de ces assistantes sociales, et ce sont elles qui forment les autres, sortent de ces écoles d'assistance sociale de Paris, dont il a été parlé tout à l'heure.

M. Porot (d'Alger) pense que la plupart des desiderata inclus dans le rapport, et auxquels il se rallie, sont présentement irréalisables et ne pourront voir le jour qu'avec une *loi de protection sociale*. En fait, toute la responsabilité de la sortie pèse actuellement sur le médecin traitant ; qu'on songe à la diluer dans une Commission, dont il devra rester un des noyaux fondamentaux, rien de mieux. Mais, en attendant, ne peut-on demander et obtenir qu'il soit éclairé sur le passé et l'avenir du délinquant criminel : 1° sur le passé et les circonstances du crime par la *communication intégrale du rapport d'expertise* et non sur ses seules conclusions ; 2° sur l'avenir par un *Service social* bien compris. En Algérie, il a été obtenu que les aliénés criminels internés à Blida (96 actuellement) soient accompagnés d'une copie de l'expertise. D'autre part, il existe un Service social à Alger, qui remplit très bien son rôle. Les Ecoles d'assistantes viennent d'y être unifiées ; toutes les élèves y reçoivent un enseignement psychiatrique théorique et font un stage pratique de deux mois à la Clinique psychiatrique. Mais un an de spécialisation est nécessaire pour obtenir d'une assistante sociale une pratique efficace dans le domaine visé.

M. Icher, Procureur général de l'Etat français à Montpellier, remercie le Congrès d'avoir invité l'autorité judiciaire à assister à ses travaux.

L'intervention de l'autorité judiciaire au moment de la sortie des aliénés criminels est souhaitable. Il est nécessaire aussi que le malade sorti soit surveillé, mais cette surveillance doit être nuancée pour ne pas faire peser une suspicion qui pourrait devenir dangereuse pour le malade lui-même. L'assistance sociale remplirait fort bien ce rôle de surveillance.

Les Procureurs généraux ont la possibilité de donner communication des dossiers, sous leur responsabilité aux médecins traitants.

L'autorité judiciaire est heureuse de constater la communauté de vue entre magistrats et médecins, visant à la fois la préservation sociale et la garantie individuelle qui s'attache au malade qui a été guéri.

## COMMUNICATIONS DIVERSES

### I. COMMUNICATIONS DE PSYCHIATRIE

**Anorexie mentale et pithiatisme. Remarques à propos de deux cas d'anorexie mentale dans une même famille, par MM. J. EUZIERE et J.-M. BERT (de Montpellier).**

Rappelant les rapports qui unissent l'anorexie mentale et l'hystérie, MM. J. Euzière et J.-M. Bert rapportent l'histoire clinique de deux sœurs qui ont réalisé, à quelques années de distance : l'une une anorexie mentale pure, à forme classique, l'autre une anorexie plus discrète noyée dans un

grand cortège d'accidents pithiatiques avec syndrome permanent d'astasi-abasie. Il existait chez ces malades un complexe somatique intéressant, aspect longiligne très accusé avec étroitesse du thorax et du bassin, atrophie mammaire et quelques troubles pilaires mettent une note neuro-endocrinienne évidente. Les auteurs pensent que l'anorexie mentale est constituée par l'intrication intime de deux complexes, l'un psychologique rappelant en tout point l'état mental hystérique, l'autre somatique, constitutionnel presque toujours, intéressant la région hypophyso-hypothalamique et dirigeant les accidents vers la sphère digestive qui y possède ses centres régulateurs psychiques.

**De la pathogénie de l'anorexie mentale et des cénesthopathies,**  
par MM. RISER, TAPIE et GÉRAUD (de Toulouse).

Les auteurs rapportent l'observation d'une jeune femme qui présentait, pendant plusieurs années, une anorexie extrême, une aménorrhée primitive, une hypothyroïdie marquée, un état psycho-viscéral de cénestopathie intense. Mort de cachexie. Intégrité absolue de tous les viscères, de toutes les endocrines. Atrophie de la moelle dorsale et atteinte objective du système nerveux végétatif. Cas posant la question du substratum anatomique des cénesthopathies.

**Anorexie mentale et maigreur hypophysaire,**  
par MM. M. JANBON et A. LOUBATIÈRES (de Montpellier).

Les auteurs, à propos d'une observation typique de syndrome de Bickel, survenu à la suite d'un choc psychique important, admettent l'existence d'un terrain de « débilite hypophysaire » favorable au développement de l'anorexie mentale. La période post-pubertaire (épuisement fonctionnel de la glande) constitue en outre une phase critique. Une cause occasionnelle quelconque peut alors rompre l'équilibre et déclencher le syndrome : infection, carence vitaminique, facteur nerveux surtout ; l'importance de ce dernier s'explique par l'intimité des connexions entre l'hypophyse et le diencéphale, centre du psychisme. Ainsi se rejoignent, dans une physio-pathologie commune, des faits cliniques superposables, mais de causes très dissimilables, comme l'anorexie mentale, la maigreur hypophysaire et celui des inanités par jeûne occasionnel ou volontaire.

**Anorexie mentale, passagèrement améliorée par un extrait frais de lobe antérieur d'hypophyse,** par MM. J. CHAPTAL et A. LOUBATIÈRES (de Montpellier).

Les auteurs ont observé une jeune fille de 15 ans atteinte d'amaigrissement, aménorrhée, anorexie insurmontable, hypoglycémie, hypocholestérolémie..., avec troubles psychiques intenses qui réalisaient le tableau de l'anorexie mentale. Des injections d'un extrait frais et actif de lobe antérieur d'hypophyse ont corrigé tous les troubles (sauf l'aménorrhée) et élevé le métabolisme de base de moins 42 à moins 7 pour 100 (par m<sup>2</sup> de surface). L'amélioration s'est maintenue six mois. Les auteurs attribuent l'effet obtenu à l'action trophique générale de l'extrait hypophysaire tout autant qu'à l'action de stimulation endocrinienne.

**Auto-érotisme consenti (ou entretenu) et anorexies mentales,**  
par M. H. AUBIN (d'Oran).

Les confidences des malades nous apprennent qu'au cours du jeûne volontaire (comme d'ailleurs dans l'inanition des naufragés), il existe un état d'euphorie accompagné de représentations ou d'hallucinations visuelles sur thèmes érotiques. Il semble que, par une sorte d'onanisme mental plus ou moins conscient, bien des sujets (surtout aux époques critiques de l'évolution sexuelle) acceptent ou entretiennent cet état oniroïde voluptueux, en persévérant avec obstination dans le refus d'aliments qui le conditionne.

**Anorexie chez une déprimée périodique, décès par occlusion intestinale aiguë. Etude anatomo-pathologique,** par M. J. TRILLOT (d'Albi).

L'auteur rapporte l'observation d'une jeune fille de 17 ans, présentant des alternatives d'accès dépressifs s'accompagnant d'anorexie et de phases normales avec reprise de l'alimentation. Cette malade succomba au moment où elle sortait d'un des accès dépressifs. L'autopsie révéla que le décès était la conséquence d'une occlusion intestinale aiguë. L'examen histologique révéla l'existence de lésions chimiques de gastrite, d'hépatite et de pancréatite diffuses. L'hypothalamus et l'hypophyse ne sont pas lésés. L'auteur estime que l'anorexie est la conséquence des lésions de l'estomac, du foie et du pancréas et que les accès dépressifs correspondent à des périodes de dénutrition plus marquées.

**A propos de deux cas d'obsession atypiques : schizophrénie ou psychasthénie,** par MM. J. ALLIER et R. DIATRINE (de Marseille).

Les auteurs présentent deux observations où symptômes obsessionnels et délirants se succèdent. Ils considèrent leurs cas d'un point de vue évolutif comme des manifestations à des degrés différents d'un même processus morbide. L'intérêt de ces observations réside dans l'association et la succession de tableaux cliniques habituellement opposés.

**Le test de Rorschach et la psychopathologie de la schizophrénie,**  
par M. LAIGNEL-LAVASTINE, M<sup>me</sup> MINKOWSKA, MM. BOUVET et NEVEU (de Paris).

Ces auteurs donnent les conclusions d'un mémoire d'après 11 observations réparties en rationalisme morbide, catatonie et schizophrénie délirante. Ils insistent sur la valeur des expressions verbales : fragmentation, isolement ; réparation des parties des figures à interpréter, qui rendent compte du mécanisme de la Spaltung (section) caractéristique. Celle-ci, évidente dans les syndromes psycho-moteurs, explique l'aspect si curieux métaphysique de création et de dissolution d'être par compensation phénoménologique. Ainsi, le Rorschach vise la synthèse psycho-organique et est un test vivant de la personnalité. Négligeant le pittoresque, il dégage la charpente intime. Donnant dans leur méthode personnelle une importance primordiale au langage des malades, les auteurs saisissent le caractère qualitatif exprimant les principes les plus profonds d'ordre structural de chaque personnalité psycho-organique, s'élèvent à une idée directrice tout à fait générale, sui-

vie déjà par l'un d'eux en histoire : à savoir que le langage, sa portée rationnelle et symbolique une fois mise de côté, devient par une analyse très poussée, tant biologique et sociale que psychologique, une source inépuisable aussi bien en psychologie qu'en psychopathologie pour l'étude des structures éventuelles des êtres humains.

**Tuberculine, histamine et schizophrénie,**  
par MM. PAGÈS et DESMONTS (de Montpellier).

On peut expérimentalement, par injection de tuberculine diluée au lapin, obtenir, dans des conditions très comparables à celles que réalise l'histamine; des lésions de dégénérescence muqueuse des centres nerveux, et des manifestations de catatonie expérimentale. Ces résultats sont renforcés ordinairement par l'association d'un facteur réalisant un réflexe conditionnel. Il semble possible d'en conclure : 1<sup>o</sup> que la tuberculine et l'histamine ont une similitude d'action biologique évidente, comme on l'a souligné à propos d'autres effets de ces agents ; 2<sup>o</sup> que la schizophrénie, lorsqu'elle affecte des rapports avec la tuberculose, serait bien plutôt que l'effet d'une forme filtrable du virus, la conséquence d'une action toxique suscitée dans l'organisme en réponse à l'agression tuberculeuse.

**Contribution à l'étude de l'étiologie syphilitique des réactions liminaires du liquide céphalo-rachidien dans les états psychopathiques,**  
par M. A. DONNADIEU (de Chezal-Benoît).

L'auteur, se basant sur l'examen de 250 liquides céphalo-rachidiens, classe les réactions liminaires du liquide céphalo-rachidien en cinq catégories, allant en décroissant des formes à origine syphilitique authentique à celles où la réaction liminaire n'apparaît qu'après réactivation. Il montre ensuite l'action des réactivations, du traitement anti-syphilitique classique, du traitement spécifique après pyrèthérapie sur l'état mental et le liquide céphalo-rachidien de tels malades et apporte en terminant l'observation d'une femme se présentant à l'entrée comme une démente précoce avec réaction liminaire fruste et chez qui le traitement syphilitique a produit une neuro-réaction donnant, au point de vue clinique et biologique, l'aspect d'une paralysie générale aiguë.

**Un postulat biologique : les régimes fonctionnels,**  
par M. Pierre DOUSSINET (de Clermont-Ferrand).

Les ensembles dysfonctionnels qui constituent le substratum organique le plus rapproché des figures psychopathologiques fonctionnelles correspondent à des modifications du niveau qualitatif de fonctionnement des parenchymes représentant des transformations du régime organique fonctionnel normal et constituant autant de régimes fonctionnels morbides originaux. Posé sur ce plan qualitatif, le problème biologique des affections mentales dynamiques évoque des troubles originaux de la rythmique cellulaire des parenchymes et doit nous faire remonter jusqu'au plan de la pathologie générale et non seulement neurologique.



### Table d'orientation des travaux de la clinique des habitudes en milieu d'hôpital général, par M. GOBERT (de Marseille).

Les questions suivantes sont passées en revue : 1) utilité du penser neurologique ; 2) l'habitus psychologique et l'habitus somatique ; 3) l'influence réciproque du patient et du milieu. Cette clinique d'investigation est considérée comme élément d'organisation du service de neuro-psychiatrie. Il est dit un mot de la structure de ce service.

### Le damier généalogique, par M. GORRT (de Marseille).

Le « Damier généalogique » comporte quatre cases : deux féminines et deux masculines. L'une de ces dernières est composée, dans nos pays, de personnes portant le nom de famille. L'arbre généalogique résulte de l'agencement de quinze éléments d'interrogatoire, portant sur soixante-trois personnes. (Chaque élément comporte patient, parents et aïeuls). Sept éléments concernent les générations 1, 2 et 3. Huit éléments concernent les générations 3, 4 et 5. Des fiches individuelles donnent la collatéralité parentale.

### Note sur la maladie des œdèmes, par MM. HAMEL, MEIGNANT et M<sup>lle</sup> MUNIER (de Nancy).

Les auteurs distinguent des conditions étiologiques communes : carence énergétique globale (12 à 1.400 calories), surcharge en eau et en sel, et un facteur individuel où les affections mentales chroniques tiennent une place importante. La symptomatologie fait ressortir la prédominance de l'amaigrissement et de la polyurie, symptômes capitaux. La polyurie réalise un véritable diabète chloruré (Mauriac-Louyot). L'œdème intermittent a une origine à la fois cardio-rénale et sympathique, sa pathologie reste cependant obscure. L'évolution est fatale. Il n'y a d'autre traitement que le rétablissement d'un régime alimentaire normal : pas de stade irréversible.

Les auteurs donnent ensuite des indications concernant la morbidité et la mortalité et le résultat de nombreuses recherches de laboratoire : sur 166 cas constatés en 13 mois, (dans un service de 500 malades), 145 sont décédés.

Ils terminent par quelques conseils utiles, notamment : la réduction de l'eau et du sel dans la cuisson des aliments, l'utilisation complète des graisses. Insistant sur le rythme saisonnier du syndrome, qui réapparaît avec l'époque des légumes aqueux, ils recommandent l'emploi, pendant l'automne, d'aliments tels que pâtes et légumes secs, concurremment avec les légumes verts, dont l'emploi exclusif constitue un grave danger.

### Augmentation de la mortalité dans un hôpital psychiatrique depuis juin 1940, ses causes, par MM. CARON, DAUMÉZON, LÉCULIER (de Fleury-les-Aubrais).

La mortalité accusée en 1940 une augmentation de 209 0/0, en 1941 263 0/0, en 1942 305 0/0, sur le chiffre moyen annuel des dix dernières années. Cependant l'Etablissement n'est pas, et de loin, de ceux dont la mortalité est la plus élevée. Les décès sont à rapporter, en 1940 à la dysenterie, en 1941-42 à la carence, depuis le printemps 1942 à la tuberculose.

Conclusions : mortalité plus élevée et sensibilité de carence plus grande pour les psychopathes que pour le reste de la population ; nécessité d'augmenter la ration d'une quantité égale au ravitaillement familial toléré pour les familles ; nécessité de dépistage radiologique et d'isolement des tuberculeux.

**Régime alimentaire et restrictions à l'hôpital psychiatrique départemental de la Lozère, par MM. P. BALVET et A. CHAURAND (de St-Alban)**

Les auteurs rapportent, mois par mois, la ration journalière moyenne quantitative et qualitative pendant la période de septembre 1941 à septembre 1942. Ils mettent en regard les troubles pathologiques d'origine alimentaire observés dans le service des hommes. Le froid leur semble avoir une valeur capitale dans le déclenchement des accidents, sur le terrain préparé par la sous-alimentation.

## II. COMMUNICATIONS DE NEUROLOGIE

**Syndrome traumatique para-trigéminal du sympathique oculaire (Syndrome de Raeder traumatique), par M. Gaston ARMES (de Marseille).**

Lésion simultanée du sympathique oculaire cervical et du trijumeau, au niveau de la partie postérieure de la fosse cérébrale moyenne, dans ses filets carotico-trigémellaires, et carotico-oculo-moteurs, se traduisant par un syndrome de Cl. Bernard-Horner, associé à une anesthésie douloureuse de l'ophtalmique. Intérêt médico-légal d'une telle lésion intra-cranienne, dont l'indemnisation doit être plus élevée que celle prévue (5 à 10 0/0), par les barèmes pour les lésions exo-craniennes du sympathique cervical.

**Du syndrome dit « subjectif » des craniens, par MM. RISER, RIGAUD, BERTHON, GERAUD et RANCOULLES (de Toulouse).**

Les auteurs résument les résultats de l'examen de 700 blessés. Deux autopsies ont montré d'indéniables lésions arachnoïdiennes et corticales. Au point de vue clinique, les troubles objectifs de la mémoire, les crises vaso-motrices, l'impulsion caractéristique sont au premier plan.

L'hyperalbuminose de liquide céphalo-rachidien est observée 20 fois sur 100. L'examen labyrinthique a surtout montré des dissociations réactionnelles difficiles à interpréter. Variations inexplicables et peu significatives de la pression crânienne. Fréquence des cénestopathies durables et très pénibles. Nécessité d'un examen oto-neuro-ophtalmologique complet et du démembrement de la sinistrose.

**Contribution d'une auto-observation à l'étude des troubles dits subjectifs dans les traumatismes crâniens, par M. Paul ABÉLY (de Paris)**

L'expérience personnelle d'un important traumatisme crânien a donné l'occasion à l'auteur d'envisager cette question avec des yeux nouveaux. Analysant les composantes de ce syndrome dit subjectif chez de nombreux traumatisés crâniens, il a pu constater que ce syndrome se résumait en

fait à un simple état dépressif se rapprochant du type psychasthénique où, à une asthénie physique véritable s'associaient de la sub-anxiété, de l'hyper-motivité, des troubles du caractère, des tendances phobiques, une grande dispersion de l'attention. Les céphalées véritables sont exceptionnelles et se réduisent en fait à une sensation diffuse de lourdeur occipitale du type neurasthénique. Les vertiges eux-mêmes, lorsque les examens otologiques et ophtalmologiques sont négatifs, se réduisent à un état de pseudo-vertige phobique, lié au mode du traumatisme et habituellement professionnel. Les troubles de la mémoire, si souvent invoqués, ne sont eux-mêmes que des pseudo-dysmnésies de fixation, liées avant tout aux troubles de l'attention. Ce syndrome, qui apparaît quelques semaines après la période critique du traumatisme, doit se dissiper en quelques mois par la psychothérapie, par la reprise du travail, par le règlement rapide des questions d'incapacité, par l'amélioration médicamenteuse du sommeil.

L'auteur estime que le terme de syndrome subjectif devrait être supprimé de la nomenclature médicale, car il présente, au point de vue médico-légal, de nombreux inconvénients. Il devrait être remplacé par la désignation plus exacte et plus modeste des anciens auteurs, de « neurasthénie post-traumatique ».

**Le facteur constitutionnel dans les psychoses post-commotionnelles,**  
par M. FROMENTY (de Tours).

**A propos de 7 cas personnels d'hématomes sous-duraux. Quelques points de séméiologie et de technique opératoire,** par MM. LAZORTHES et RUFFIE (de Toulouse).

**Diagnostic précoce de l'hématome sous-dural et traitement par évacuation simple,** par M. R. THUREL (de Paris).

**Un projectile intra-cranien peut ricocher contre la paroi osseuse et changer de direction,** par M. R. THUREL (de Paris).

**Contribution à l'étude des problèmes posés par les accidents récents des traumatismes cranio-cérébraux,** par MM. P. PUECH, J.-F. BUVAT et A. KÉCHLIN (de Paris).

**Contribution à l'étude des problèmes posés par les accidents tardifs des traumatismes cranio-cérébraux,** par MM. P. PUECH, J.-F. BUVAT et A. KÉCHLIN (de Paris).

**Le diagnostic de l'épilepsie par électro-encéphalographie,**  
par MM. A. BAUNOUIN, H.-F. SCHGOLD et A. RÉMOND (de Paris).

Après avoir signalé les difficultés fréquentes du diagnostic clinique des épilepsies, les auteurs estiment que les recherches électro-encéphalographiques peuvent apporter à ce diagnostic un appoint de grande valeur.

Ils produisent d'abord une statistique globale de 390 malades comitiaux, chez lesquels les tracés furent positifs dans 80 p. 100 des cas. Ils prouvent ensuite, par des graphiques, que le pourcentage de positivité va en diminuant de l'enfance à l'âge mûr et à la vieillesse. La forme clinique a aussi une grande importance. Les formes essentielles généralisées sont, dans certaines conditions, positives dans la proportion de 100 p. 100, alors que les formes symptomatiques, et en particulier les traumatiques, donnent un pourcentage beaucoup plus faible de faits positifs.

**Y a-t-il toujours chez l'aphasique moteur déficit réel de l'intelligence,**  
par M. J. FROMENT et M<sup>lle</sup> A. FEYEUX (de Lyon).

M. J. Froment et M<sup>lle</sup> A. Feyeux relatent en détail l'observation d'un aphasique aviateur à demi rééduqué qui, suivi dix ans, a donné dans l'aviation de reconnaissance et d'assaut pendant les hostilités — de l'aveu même de ses chefs, des as de l'aviation — des preuves irrécusables et répétées de son intégrité psychique. Un tel fait montre qu'il ne faut pas systématiquement, comme on le fait trop vite, inriminer l'intelligence de l'aphasique, oubliant que les lenteurs et les difficultés intellectuelles retenues ne sont parfois qu'effets de la carence verbale et des perturbations qu'elle entraîne dans les opérations et dans le jeu du langage intérieur.

**Dans l'aphasie dite motrice, c'est le sens phonologique et non l'acte articulaire qui est en cause,** par MM. J. FROMENT et M<sup>lle</sup> A. FEYEUX (de Lyon).

M. J. Froment et M<sup>lle</sup> A. Feyeux apportent un nouveau fait à l'appui de la conception de l'aphasie dite motrice et de la méthode de rééducation, défendues depuis 1914 par J. Froment, exposées en détail dans le *Traité de Physiologie normale et pathologique* de Roger et Binet (t. X, fasc. 2, pp. 1229 à 1354). Ils montrent que cette conception et ces données cadrent avec les recherches récentes des phonologistes et les remarques anciennes, mais si judicieuses, de de Saussure.

**Sur un nouveau signe des tumeurs juxta-médullaires mobiles, et en particulier, des tumeurs de la queue de cheval,** par M. Gaston AYMÉS (de Marseille).

L'auteur, utilisant dans le diagnostic des myélopathies douloureuses la compression isolée des jugulaires en dehors de toute ponction lombaire (il ne s'agit donc pas de l'épreuve de Queckenstedt, qui vise à établir l'existence d'un blocage céphalo-raehidien), signale que la provocation d'une exacerbation algique dans le territoire radiculo-périphérique, siège des douleurs spontanées, est en faveur, — compte tenu du contexte sémiologique, — d'une tumeur juxta-médullaire, intra-durale, plus vraisemblablement tumeur des racines et douée d'une certaine mobilité.

**Etude anatomo-clinique d'un nouveau cas de poliomyélite antérieure progressive subaiguë,** par M. Yves POURSINES (de Marseille).

Tandis que l'évolution habituelle de cette affection s'étale sur neuf à quinze mois, la maladie, dans l'observation étudiée, avait duré deux ans et demi. Sauf cette particularité, la sémiologie était classique : atrophie-paralysie musculaire par atteinte isolée du neurone moteur périphérique, extension lentement ascendante, épisode bulbaire aigü terminal.

Les lésions histologiques des neurones médullaires et bulbaires sont aussi très caractéristiques. Mais il se joint aux lésions classiques de la réaction névroglique astrocytaire et de la pâleur myélinique des cordons antéro-latéraux. Or, celles-ci existent dans la maladie de Duchenne ; et l'auteur y voit la conséquence histopathologique de la marche plus lente qu'a pris, dans ce cas, le processus pathologique.

**Polyradiculo-névrite avec dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien. Evolution mortelle. Examen anatomo-pathologique,** par MM. J. PIERI, J. PAILLAS, J. BOUDOURESQUES, J. RANGUE (de Marseille).

Les auteurs insistent sur l'importance des lésions radiculaires, qui représentent le processus anatomique initial des radiculo-névrites avec dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien, l'importance des lésions de la méninge molle confirmant la prédominance de l'atteinte radiculaire. La moelle était intacte. Ils rapprochent leur cas du syndrome de Guillain et Barré. Le tableau clinique est le même, seule l'atteinte bulbaire terminale les sépare : dans certains cas, le processus serait plus extensif. Une sœur du malade étant morte un mois après dans les mêmes conditions, il est permis d'évoquer la possibilité d'un virus du type encéphalique ou poliomyélitique à l'origine des polyradiculo-névrites avec dissociation albumino-cytologique.

**A propos de la maladie de Bourneville,** par MM. EUZIÈRE, H. VIALLEFONT, R. LAFON et DUC (de Montpellier).

**La déviation de l'index et la diminution musculaire des membres homolatéraux, symptômes de perturbation vestibulaire périphérique,** par M. A. ROUQUIER (du Val-de-Grâce).

**Sur la conception étiologique nouvelle de la sciatique rebelle,** par M. J.-A. BARRÉ (de Strasbourg).

### III. COMMUNICATIONS D'ASSISTANCE ET DE THÉRAPEUTIQUE

**Détermination semi-automatique du temps utile de passage du courant dans l'électro-choc,** par M. DELMAS-MARSALET (de Bordeaux).

En matière d'électro-choc, il est souhaitable d'obtenir la « crise idéale », c'est-à-dire celle dont les convulsions toniques s'établissent graduellement et non brutalement comme cela a lieu dans la « super-crise » résultant d'un surdosage du courant. Il faut également éviter les échecs vrais, pénibles et mnésiques. Une très faible partie seulement du courant fourni par les appareils d'électro-choc agit sur les centres épileptogènes ; l'autre partie emprunte des circuits dérivés qui n'intéressent pas ces centres. Il en résulte que la recherche d'une formule mathématique, établissant l'apparition de l'épilepsie en fonction du courant fourni par l'appareil, est assez illusoire. L'expérience montre que plus les courants de mesure sont forts et plus il faut prolonger le temps d'application du courant pour obtenir la crise idéale. Un courant de mesure fort indique que la majeure partie de ce courant passe par les circuits craniens dérivés (de faible résistance), ce qui diminue la part du courant actif sur les centres épileptogènes. L'auteur a établi la loi de proportion, qui relie le courant de mesure au temps utile de passage du courant. Transposant cette donnée sur son appareil d'électro-choc par courant continu, l'auteur montre comment on obtient automatiquement le temps utile de passage du courant en appréciant le temps de retour au zéro d'un milliampermètre spécial. Grâce à cette méthode très simple, on obtient la crise idéale avec une grande marge de sécurité et en dépit des



variations de résistance crânienne propres aux divers malades et à un même malade. A l'empirisme physique de l'électro-choc se substitue une donnée précise qui donne sans calcul le temps nécessaire à l'obtention d'une crise idéale.

**Sur la valeur thérapeutique de l'électro-choc, par M. DELMAS-MARSALET (de Bordeaux).**

L'auteur place en tête des indications de l'électro-choc les psychoses de choc qui lui ont donné 100 0/0 de succès rapides et stables. L'électro-choc agit également très bien dans les confusions mentales toxi-infectieuses non lésionnelles et parvenues à la phase de réversibilité : employé trop précocement en pleine phase d'irréversibilité, il donne des échecs. Les états maniaque-dépressifs (confirmés par l'existence d'accès antérieurs) donnent de beaux succès, surtout dans la mélancolie (même présénile et même accompagnée de syndrome de Cotard). Les accès maniaques fournissent des rechutes plus nombreuses. Dans les deux cas, il y a un raccourcissement considérable des accès par rapport aux accès antérieurs. Les délires chroniques hallucinatoires, avec automatisme mental, type Clérambault, fournissent également des succès ; on peut voir toutefois disparaître les hallucinations alors que le délire persiste.

Le groupe schizophrénie-démence précoce donne des résultats variables qui se codifient si l'on distingue : 1° les épisodes schizomaniaques chez les schizoïdes (bons résultats) ; 2° les schizophrénies confirmées (50 0/0 de bons résultats) ; 3° les démences précoces type Morel et les démences paranoïdes (échec habituel). Cette division est au moins aussi importante que la durée d'évolution de la maladie. Les constitutions mentales ne sont pas modifiées par l'électro-choc, pas plus que les démences lésionnelles fixes. L'action sur les délires non hallucinatoires est très médiocre.

L'auteur note les améliorations dissociées. Enfin, appliquant l'électro-choc à certains états neurologiques (hystérie, tics, etc.), on peut voir à quelle phase de la reconstruction des fonctions abolies par le coma se situe le phénomène pathologique que l'on étudie. De ce fait, l'électro-choc devient une méthode d'investigation neurologique.

**Auto-observation de l'électro-choc, par M. H. BERSOT (Le Landeron, Neuchâtel, Suisse).**

M. Bersot s'est soumis à deux chocs : l'un « abortif » avec 50 volts, l'autre avec réaction complète provoquée par 70 volts. Il décrit son comportement, ses troubles de conscience, sa désorientation de mémoire, d'idéation, puis la lente réapparition de l'activité psychique normale.

L'amnésie reste définitive pour tout ce qui se passa durant les 3 à 4 heures suivant le choc. Pendant cette période : conscience apparente, sorte « d'état second », c'est-à-dire faits et gestes raisonnables en apparence, mais oubliés au fur et à mesure. Impossibilité, puis difficulté décroissante de fixer ce qui se passe. Durant la fin de la journée, puis les jours suivants, euphorie légère : le passé paraît plus lointain, le présent plus facile, l'avenir plus chargé de belles possibilités. Durant les trois semaines suivantes : état vaguement dépressif, sensation de fatigue mentale, efforts de mémoire

pénibles, manque d'entrain. Ce n'est qu'au bout d'un mois que M. Bersot se retrouve lui-même.

L'électro-choc est loin d'être anodin. Les troubles de la mémoire et de la conscience qu'il provoque sont graves et ne disparaissent que lentement. Pendant les heures qui le suivent, l'activité du sujet n'a que l'apparence de la conscience. Enfin, on comprend que le choc agisse favorablement sur les déprimés par l'euphorie légère et la sensation d'éloignement du passé qu'il provoque.

**Premiers résultats du traitement des psychoses par l'électro-choc,**  
par MM. P. COSSA et H. BOUGEANT (Nice).

D'une statistique de cinquante malades, les auteurs tirent les conclusions suivantes : la technique employée est celle, généralement adoptée, de la crise seuil déterminée par un courant alternatif (50 périodes) d'une forme assez particulière (pointes de potentiels aiguës). Le dosage du courant nécessaire demeure assez empirique et la mesure de résistance ne peut donner d'indication formelle à ce sujet car on ne peut mesurer la résistance vraie d'un tissu vivant en courant continu (pont de Wheatstone), la mesure de cette résistance vraie (impédance) n'étant possible qu'en courant alternatif de fréquence acoustique (pont de Kohlrauch), donc non applicable à la fréquence des chocs. Résultats remarquables dans les états mélancoliques francs ou réactionnels (80 0/0 de guérisons complètes) et dans les états anxieux simples et hypocondriaques (63 0/0 de guérison complète et 27 0/0 de guérison incomplète). Un cas de manie, un cas de mélancolie sénile ne permettent pas une opinion. Par contre, dans les psychoses de dissociation (démences précoces, délires et démences paranoïdes, psychoses hallucinatoires), les résultats immédiatement très encourageants (44 0/0 de rémission) sont sans lendemain et suivis d'une rechute rapide dans les 3/4 des cas.

**Considérations techniques et statistiques sur une soixantaine de malades traités par l'électro-choc,** par MM. P. BALVET, A. CHAURAND et F. TOSQUELLES (de St-Alban).

Essayant de déterminer la dose électrique nécessaire dans la pratique de l'électro-choc, les auteurs se servent d'un tableau qui permet l'application de la loi de Rondepierre à l'appareil suisse qu'ils possèdent. Plus de 600 séances semblent confirmer cette loi, lorsque la résistance est élevée.

Ils ont appliqué l'électro-choc comme médication symptomatique de l'agitation, parmi les malades d'un quartier d'agités. Ils sont partis de l'idée de Hermann Simon, selon laquelle l'hôpital lui-même est une personnalité malade, qu'il faut soigner. Ce pavillon d'agités a été transformé radicalement. Parmi 24 vieilles malades agitées, seules 5 n'ont pas été touchées.

Ils rapportent en outre les résultats portant sur 37 malades d'Infirmerie ; ces résultats sont très bons chez les maniaques dépressifs et dans les confusions. Dans les psychoses schizophréniques, les quelques guérisons constatées ne dépassent pas la guérison sociale ; la structure de la psychose n'a pas été bouleversée.

**Troubles de la mémoire consécutifs à l'électrochoc,**  
par MM. HEUYER, BOUR et M<sup>lle</sup> MOREAU (de Paris),

A la suite de l'électro-choc existe une amnésie de la crise et des troubles de la mémoire dus à l'état confusionnel post-paroxystique. Ce sont des troubles identiques à ceux de toutes les crises d'épilepsies. Il existe, en outre, des troubles plus spécifiques consistant surtout en une amnésie de fixation. Le malade peut avoir conscience de ses troubles amnésiques, qui se traduisent par des oublis, de la désorientation, de fausses reconnaissances, de l'égarement des objets, ou ces troubles sont constatés par l'entourage. Ils peuvent être ténaces. Dans un cas, ils ont duré plus de six semaines. Ils peuvent prendre un caractère rétrograde, mais en général la mémoire d'évocation est intacte. Les troubles de la mémoire de fixation finissent en général par disparaître.

Ces troubles de la mémoire, consécutifs à l'électro-choc, posent des problèmes importants. Au cours du traitement d'une mélaucolie, ils paraissent aggraver la situation. Il suffit de cesser l'électro-choc pour que se manifeste la réelle amélioration de l'accès cyclothymique. Enfin, ces troubles de la mémoire peuvent aggraver l'anxiété d'un hypocondriaque ou être à l'origine de revendications. Leur existence oblige à la prudence et il est bon de s'assurer contre les accidents de toute nature qui peuvent être causés par l'électro-choc, notamment contre les troubles de la mémoire, consécutifs à cette thérapeutique.

**Electrochoc et états confusionnels,**  
par M. E. MARTIMOR (de Paris)

Après traitement de 40 malades atteintes de syndromes psychopathiques divers, M. E. Martimor note que l'électro-choc paraît agir électivement sur les cas de confusion mentale et sur les éléments confusionnels existant chez d'autres malades, notamment chez des mélancoliques et des schizophrènes.

**Insuline, cardiazol et électrochoc. Comparaison des mécanismes d'action,** par MM. P. COSSA et H. BOUGEANT (de Nice).

Les auteurs parlent de cette constatation que si les trois méthodes sont efficaces dans la psychose maniaque-dépressive, les états mélancoliques réactionnels, les états post-confusionnels, les états anxieux simples et hypocondriaques, la cure de Sakel est beaucoup plus active dans les psychoses de dissociation. Les trois méthodes possèdent donc une même action fonctionnelle, catarthique, de rupture des mécanismes psycho-pathologiques créés par la maladie. Les théories psychogénétiques (la plus satisfaisante étant la dissolution-reconstruction de Delmas-Marsalet) expliquent cette action fonctionnelle commune, mais non l'action plus profonde de l'insuline ; la plupart des autres théories, ou bien n'appertient rien de précis, ou bien rendent compte du seul mécanisme neurologique de dissolution du psychisme ; la constatation au cours des comas insuliniques d'un œdème actif du tissu nerveux, vasculaire puis périceellaire, puis tissulaire, explique par contre l'activité propre de l'insulinothérapie, qui active dans des proportions considérables le mécanisme de drainage du tissu nerveux.

**Insuline, cardiazol et électrochoc, comparaison des résultats,**  
par MM. P. COSSA et H. BOUGEANT (de Nice).

Une statistique de 156 cures de Sakel (5.450 chocs), près de 80 cures au cardiazol seul, et 50 cures à l'électro-choc seul permet les conclusions suivantes :

1) Dans les psychoses de dissociation (démence précoce, délires et démen-ces paranoïdes, psychoses hallucinatoires), la supériorité de la cure de Sakel est indiscutable, donnant 46,5 0/0 de rémissions complètes immédiates et 43 0/0 de rémissions complètes maintenues plus de trois ans. Les métho-des convulsivantes ne sont que des thérapeutiques d'appoint : débiter par elles dans les formes catatoniques et stuporeuses ; les associer tôt dans les formes à réaction dépressive ; les associer secondairement dans les cas résis-tant à l'insuline.

2) La psychose maniaque-dépressive et les mélancolies réactionnelles étant influencées de la même façon par les trois méthodes (autour de 80 0/0 de guérison), préférer l'électro-choc. Il en est de même des états hypocondria-ques et anxieux simples.

3) Les mélancolies d'involution ne cèdent (une fois sur deux d'après les statistiques suisse et italienne) qu'au seul électro-choc.

4) Les psychoses confusionnelles qui entraînent comportent la même indi-cation d'abord, l'insuline intervenant seulement pour les cas qu'on a lais-sés durer.

5) Les résultats sont d'autant meilleurs que la psychose a été préalable-ment coupée de ses racines organiques.

**Présentation d'un nouvel appareil (en valise) à réglage automatique pour l'électro-choc,** par MM. LAPIPE et RONDEPIERRE (de Paris).

**Cinq mois de thérapeutique par l'électro-choc,** par MM. LÉVY-VALENSI, J. CHRISTOPHE et M<sup>lle</sup> GRANIER (de Paris).

**Réflexions sur 3.000 électro-chocks pratiqués dans les services psychia-triques de l'Algérie,** par MM. POROT, BARDENAT, SUTTER, LEONARDON et KAMMERER (d'Alger).

**Résultats du traitement par l'électro-choc appliqué à 340 malades à l'hôpital psychiatrique de la Manouba (Tunis),** par MM. MARESCHAL, BEN SOLTANE et V. CORCOS (de Tunis).

**Essai de traitement de l'épilepsie par l'électrochoc,** par MM. RONDEPIERRE et J. VIÉ.

**Thérapeutiques par le cardiazol, résultats et conclusions,** par M. TRILLIOT (d'Albi).

**Accidents convulsifs et coma, non curables par injection de glucose, provoqués chez le chien par l'hypoglycémie insulinique prolongée. Essai d'interprétation pathogénique et thérapeutique (avec projection de film cinématographique),** par MM. L. REDON et A. LOUBATIÈRES (de Montpellier).

**Etude expérimentale chez le chien des accidents nerveux irréversibles consécutifs à l'hypoglycémie prolongée, provoqués par le sulfa-iso-propyl-thiodiazol (V. K. 57 ou 2.254 R. P.),** par MM. LOUBATIÈRES, GOLVSTEIN, METROPOLITANSKI et SCHAAP (de Montpellier).

**Etude expérimentale chez le singe des modifications de la circulation cérébrale au cours du coma insulinaire et de l'épilepsie cardiozotique,** par MM. BARUK, RACINE, DAVID et VALLANCIEN (de Paris).

On observe une déflation notable des vaisseaux cérébraux, par un processus passif, puis la circulation se rétablit. Avec le cardiozol, phase inconstante, de pâleur cérébrale marquée, phase constante d'hyperémie et de turgescence cérébrale.

**Accidents nerveux irréversibles par hypoglycémie dus à un sulfamidé : le sulfa-iso-propyl-thiodiazol (VK 57 ou 2254 RP),** par MM. M. JANBON, J. CHAPTAL et A. VEDEL (de Montpellier).

Les auteurs ont antérieurement révélé l'action hypoglycémisante d'un sulfamidé de la série des thiodiazols, le 2254 RP ou VK 57, action dont le mécanisme s'apparente à celle de l'insuline. Ils ont trouvé, en cours de traitement, des accidents nerveux allant du simple malaise au coma, et reproduisant les aspects polymorphes du « complexe glycopénique ». Ces accidents sont immédiatement réduits par l'administration intra-veineuse de glucose. Cependant, si l'injection est différée de quelques heures, les troubles deviennent irréversibles et la mort survient, plus ou moins précocement, alors que le taux glycémique est revenu à la normale (deux observations relatées). L'absence de lésion nette des cellules nerveuses fait admettre une altération du type fonctionnel. Le noyau sulfamidé n'est pas responsable de l'hypoglycémie, qu'il faut peut-être attribuer au noyau propyle de la molécule.

**Deux syndromes schizophréniques apparemment guéris par la sortie prématurée,** par M. Gaston FERDIÈRE (de Rodez).

Deux malades manifestement schizophrènes, cantonnés dans leur autisme pauvre, indifférents et quasi-autistes, sont apparemment guéris par une sortie prématurée imposée à titre thérapeutique. L'auteur ne s'attarde pas aux considérations théoriques relatives au mécanisme de cette double guérison : rupture d'un transfert négatif responsable d'une véritable « psychose asilaire » ou d'une attitude de « persévérance ». Il insiste sur la nécessité des « psycho-chocs », qui ont leur place au même rang que les autres traitements de choc et, d'une manière générale, des entreprises psychothérapeutiques qui lui paraissent actuellement beaucoup trop négligées par les psychiatres français.

**Notes d'expérimentation thérapeutique concernant 15 cas classiques de délirium tremens alcoolique,** par MM. Pierre DOUSSINET et Lucien LARPENT (de Clermont-Ferrand).

L'injection sous-cutanée de 2 mmgr. de scopolamine, immédiatement précédée d'une injection intra-veineuse de 250 grammes de sérum physiologique, provoque de façon constante le sommeil et la régression simultanée rapide par paliers de l'ensemble des troubles psychiques et somatiques. Les auteurs insistent sur la nécessité de la dilution sanguine préalable pour obtenir les faits sédatifs et curateurs de la drogue.



**L'influence des restrictions de l'alcool, par M. GOURIOU (de Villejuif)**

M. Gouriou met en relief les heureux résultats déjà obtenus par les restrictions de l'alcool sur la santé physique et morale du pays. Cette expérience décisive n'aura qu'une efficacité éphémère, si on laisse subsister l'organisation alcoolique, qui n'attend que le moment propice pour reprendre son activité néfaste. Les débits de boissons par leur multiplicité (un débit par 80 habitants) constituent la pièce maîtresse de cette organisation. Leur conservation est inconciliable avec un programme de rénovation nationale fondé sur la famille et le travail. Le Secrétaire d'Etat à la Santé, dont le rôle primordial est la sauvegarde de la santé du pays, doit être nanti des pouvoirs suffisants pour réaliser d'urgence la réduction massive du nombre des débits de boissons.

**Le régime des classes dans la situation actuelle,  
par M. Gaston FERDIÈRE (de Rodez)**

La carte d'alimentation donnant les mêmes droits aux riches et aux pauvres, et d'autre part les substances alimentaires non contingentées d'importance vitale se trouvant sur le marché en quantité minime, l'auteur pense que le régime des classes alimentaires est actuellement impossible et même condamnable à la fois par les règlements et par la conscience.

M. René Charpentier. — On ne peut que s'associer à M. Ferdière pour estimer que le contingentement s'appliquant à la population tout entière, il ne puisse être fait d'exception dans les établissements hospitaliers pour les pensionnaires payants des différentes classes, réserve faite, naturellement, comme pour toute la population, en ce qui concerne les régimes imposés par l'état médical et d'ailleurs prévus par la réglementation en vigueur. Mais un corollaire semble s'imposer : l'abaissement du prix de pension payé par les familles en vue, entre autres privilèges, d'un régime alimentaire que les circonstances ne permettent plus d'accorder à leurs malades.

**Asile et Hôpital psychiatrique : l'expérience d'un établissement rural,  
par M. P. BALVET (de St-Alban)**

L'auteur exprime l'opinion et le regret que certains de nos asiles n'aient changé que de nom. L'auteur critique une certaine conception, trop étroitement technique, de l'hôpital psychiatrique, et conclut qu'il faut tendre vers l'asile-village, vers l'asile conçu comme une communauté vivante.

**Nouvelle méthode d'application de la « narcothérapie » aux crises de manie, par M. H. Ey (de Bonneval).****Efficacité de la vagotonine en ingestion chez les anxieux, par MM. DADAY, WESTPHAL et LABONNELLE.****Le polysérum, essai thérapeutique de lutte contre la sous-alimentation, par M. Robert BUISSON (de Bassens).****Traitement des urémies mentales, par M. LEYRITZ (de Morlaix).**

## IV. COMMUNICATIONS DE MÉDECINE LÉGALE PSYCHIATRIQUE

**Sur les inconvénients de l'internement de certains délinquants atteints d'anomalies mentales mineures**, par MM. CELLIER et BRIAU (de Paris).

**Le nouveau code pénal suisse (1941) et la jeunesse délinquante**, par M. MORF (de Berne).

**Le problème de l'éducation de l'enfance abandonnée**, par M. WESTPHAL.

**Intérêt médico-légal des techniques neuro-chirurgicales et électro-biologiques**, par MM. PUECH, R. MICÔUD et J. PERRIN (de Paris).

**Les expertises médicales dans les cas de mystique. Quelques principes de méthode générale**, par M. P. GISCARD (de Lommelet).

L'auteur examine le cas où un psychiatre est nommé expert par l'autorité religieuse pour l'examen d'un cas de mystique. Il estime qu'il y a lieu, sans s'engager dans des controverses d'ordre philosophico-théologique et même dans des controverses médicales telles que la discussion soulevée par la nature et l'existence de l'hystérie, de s'attacher avant tout à une observation méthodique et précise, conformément à l'enseignement courant de la neurologie et de la psychiatrie. Dans un cas de stigmation, il est nécessaire de faire appel au concours d'un dermatologiste compétent. Si l'expert réussit à mettre la fraude en évidence, l'expert doit avertir l'autorité religieuse et lui laisser le soin de prendre les sanctions qui s'imposent.

R. C.

# VARIÉTÉS

---

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

### Séances

La *séance supplémentaire* du mois de MAI de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 10 mai 1943*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV<sup>e</sup> arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de mai de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 24 mai 1943*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI<sup>e</sup> arrondissement).

La *séance ordinaire* du mois de JUIN de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 28 juin 1943*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI<sup>e</sup> arrondissement).

La Société Médico-psychologique ne tiendra au mois de JUILLET qu'une seule *séance* exclusivement réservée à des présentations. Cette séance aura lieu le *lundi 12 juillet 1943*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV<sup>e</sup> arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

Conformément à l'article 3 du Règlement, la Société Médico-psychologique ne tiendra pas séance pendant le mois d'août ni pendant le mois de septembre.

La *séance ordinaire* du mois d'OCTOBRE de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 25 octobre 1943*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI<sup>e</sup> arrondissement).

## HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

### Nécrologie

M. le D<sup>r</sup> Jules SIZABET, Médecin-Chef honoraire des hôpitaux psychiatriques.

### Nomination dans l'Ordre de la Santé publique

Est nommée *Chevalier de l'Ordre de la Santé publique* :

Mme le D<sup>r</sup> FRANCES, née BRAGAYRAC, Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Dury-lès-Amiens (Somme) en juin 1940.

## Concours pour une place de médecin des hôpitaux psychiatriques de la Seine

Un concours sur titres pour une place de médecin des hôpitaux psychiatriques de la Seine s'ouvrira le 21 juin 1943. Les candidats doivent adresser leur demande à la Préfecture de la Seine par lettre recommandée avant le 5 juin 1943 inclus. Pour être admis à concourir, les candidats devront avoir 5 années d'exercice de la profession médicale dans le cadre général des médecins des hôpitaux psychiatriques et être âgés de moins de 53 ans.

## RÉUNIONS ET CONGRÈS

### Société suisse de psychiatrie

L'assemblée de printemps de la Société Suisse de psychiatrie aura lieu à Münsterlingen les 26 et 27 juin 1943, sous la présidence du Professeur H. STECK (de Céry-s.-Lausanne) et sera consacrée au « Test de Rorschach ». Rapporteurs : Prof. H. BINDER (de Rheinau), Dr R. KUHN (de Münsterlingen) et Dr A. WEBER (Waldau). Des communications se rapportant à ce sujet ou à une autre méthode d'investigation expérimentale pourront également être présentées en demandant leur inscription au président avant le 15 mai 1943.

## UNIVERSITÉ DE LILLE

### Faculté de Médecine

M. le Dr RAVIART, professeur honoraire, est chargé du cours de *Clinique psychiatrique*.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

### Prix à décerner en 1943. Nomination des Commissions

Les prix concernant la *neuro-psychiatrie* à décerner en 1943 sont les suivants : Prix Civrieux, Day, Mme Dragovitch, Falret, Herpin (de Genève), Leveau, Lorquet.

Ont été désignés par l'Académie pour faire partie des Commissions : MM. SERGENT, LAUNRY, LOEPEN, VILLARET, LAIGNEL-LAVASTINE, HARTMANN, LAPICQUE, LEMIERRE, GUILLAIN, CLAUDE, LIERMITTE.

---

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

---

Imprimé par Imp. A. COUCLANT (personnel intéressé)  
à Cahors (France). — 65.954. — C.O.I.A.L. N° 31.2330

U. O. 3511-15-6-43.

# ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

---

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

*Séance du Lundi 8 Mars 1943*

---

Présidence : M. Henri BEAUDOUIN, président

---

### PRÉSENTATIONS

Un nouveau cas d'épilepsie réflexe avec prédominance de l'élément surprise, par MM. L. MARCHAND et J. DE AJURIA-GUERRA.

Nous avons l'honneur de présenter à la Société un nouveau cas d'épilepsie réflexe dans lequel l'élément surprise vient se surajouter aux causes déterminantes pour provoquer les crises.

OBSERVATION. — Mlle Dam... est âgée de 21 ans quand elle se présente à la consultation pour épileptiques de l'hôpital Henri-Rousselle. On ne note aucune tare psychopathique dans ses antécédents héréditaires. Elle est née après un accouchement difficile. Elle était « bleue à la naissance ». Convulsions à l'âge de 10 mois au cours d'une poussée dentaire. Les mouvements convulsifs étaient plus prononcés du côté droit. Le développement physique et intellectuel se fait normalement. Pas de troubles du caractère. Elle est réglée à l'âge de 13 ans.



Les premières crises convulsives surviennent à l'âge de 13 ans. Elles se produisent sans cause. Elles sont parfois précédées de prodromes : bouffées de chaleur, palpitations. Elles présentent les caractères suivants : pâleur de la face, chute, convulsions généralisées mais prédominant du côté droit, déviation de la tête et des yeux vers la droite, parfois morsure de la lèvre droite, mais jamais de morsure de la langue ni d'urination involontaire ; durée : une minute environ ; fatigue et hébétude consécutives de courte durée. Elles surviennent une fois par mois environ, deux à trois jours avant la période menstruelle. Outre les crises convulsives, absences caractérisées par une perte passagère de conscience, incompréhension totale de la conversation en cours, yeux hagards, pâleur.

Depuis l'âge de 19 ans, les crises sont le plus souvent déclenchées par des facteurs exogènes dans lesquels prédomine l'élément surprise. Il suffit d'un « saisissement quelconque », dit la mère : émotion subite, chute brusque et bruyante d'un objet, attouchement et effleurement inopiné, perte de l'équilibre ou dérapage, sonnerie, sifflement de locomotive. Au cours de ses crises, la malade dit : « J'ai peur », puis elle tombe sans connaissance et présente des mouvements convulsifs avec déviation de la tête et des yeux. L'aspect de ces crises est tout à fait semblable à celles présentées par la malade depuis le début de sa maladie. Elles ont été constatées par son médecin traitant. Le 15 juillet 1942, à la suite d'un coup de sifflet strident, Dam... présente des crises subintrantes au nombre de 15, sans retour à la connaissance entre les crises. Les mouvements convulsifs prédominent à droite, la température s'élève à 39°. On note le lendemain une légère parésie du bras droit. La malade reste légèrement obnubilée pendant deux jours et asthénique pendant une huitaine de jours.

A l'examen, on se trouve en présence d'une jeune fille de petite taille, légèrement obèse, au faciès ovalaire et infiltré. Les mains sont boudinées, Acrocyanose des membres inférieurs. La force musculaire est normale, les réflexes égaux. Le réflexe cutané plantaire se fait en flexion des deux côtés. On ne note ni troubles sensitifs, ni cérébelleux. Par contre, la recherche du signe de la jambe montre une légère chute à droite ; l'hyperextensibilité du triceps brachial et du quadriceps crural est très nette du même côté. Les pupilles et le fond d'œil sont normaux. La tension artérielle est de 9-5.

Les examens complémentaires ont montré : niveau mental, 9 ans 4 mois. Tests de mémoire : résultats normaux. Réactions très lentes aux tests de barrage, d'adaptation sensorio-motrice et au clavier psychométrique.

L'électroencéphalogramme (laboratoire du Prof. Baudouin) a donné un tracé normal, peu fourni en rythme alpha, présentant au contraire un rythme très rapide d'environ 15-20 H., particulièrement sur les déviations prérolandiques.

Sous l'influence d'un traitement au gardénal, les crises ont complètement disparu depuis 6 mois. Sa mère nous indique, en outre, que la malade est plus active, plus entreprenante et moins timide.

Comme dans le cas présenté antérieurement (1) les facteurs exogènes déterminants sont ici variés et variables : il s'agit d'excitations soit sensibles, soit sensorielles, soit même motrices, mais celles-ci n'agissent que si elles surviennent inopinément.

Nous notons également chez cette malade des signes pyramidaux déficitaires du côté droit. Ces observations sont à rapprocher de celle décrite par l'un de nous (2) concernant une malade hémiplegique infantile chez laquelle une crise épileptique se déclenchait si on lui cognait brusquement le bras droit ou si, en marchant, elle heurtait son pied droit. Tous ces cas forment un chaînon entre l'épilepsie dite idiopathique et l'épilepsie bravais-jacksonienne.

#### DISCUSSION

M. HEUYER. — Cette malade avait peur chaque fois. Il lui fallait donc non seulement l'élément surprise, mais encore l'émotivité et l'émotion. Pourquoi M. Marchand appelle-t-il cela épilepsie réflexe ?

M. MARCHAND. — Parce que son épilepsie ne se manifeste qu'à l'occasion de phénomènes extérieurs. Et pas toujours à l'occasion d'une émotion, puisque le sifflet d'une locomotive suffisait parfois. L'important réside surtout dans l'allure stéréotypée des phénomènes.

M. Jean DELAY. — Le réflexe ordinaire est la réponse de l'organisme à une excitation quelconque.

M. LHERMITTE. — La surprise intervient également dans les phénomènes de cataplexie. Mais l'émotion y intervient également, en particulier, par exemple, à l'occasion d'une nouvelle agréable. Pour ce qui est de l'épilepsie réflexe, certains auteurs allemands (Sterz, Lederer, Knapp) tendent actuellement à isoler sous ce terme une série de faits (tic de Sabâam, déflexion automatique de la tête) qu'ils rapporteraient volontiers à une atteinte pallidale (pallidalepilepsie).

Je connais la fille d'un médecin, traitée depuis 10 ans et considérée comme atteinte d'épilepsie banale (elle avait fait naguère une hémiplegie cérébrale infantile gauche). Depuis l'âge de 13 ans, cette

(1) *Soc. méd.-psych.*, 12 janvier 1942.

(2) L. MARCHAND. — De l'épilepsie réflexe. *Paris Méd.*, 27 juillet 1935.

petite tombait à l'audition d'un bruit déterminé (klakson d'auto, chute d'un porte-plume). Si on l'avertissait préalablement du bruit, elle ne tombait pas. Il s'agissait en somme d'épilepsie auditive par un choc brusque. Le gardénal n'ayant pas eu d'action véritable sur cet état, j'avais demandé à Th. de Martel d'intervenir. Une craniectomie permit d'explorer les zones d'excitation épileptogène et de découvrir finalement un angiome de la région pariétale inférieure droite de la grosseur du pouce. Après ligature des pôles vasculaires, on obtint la suppression des phénomènes dans une proportion de 70 à 75 % environ. Il s'agissait bien là d'une épilepsie auditivo-réflexe sans émotion et différente de l'épilepsie-réflexe de Brown-Séquard, où le mécanisme déclenchant doit être rapporté à une affection périphérique.

M. MARCHAND. — L'intérêt, ici, c'est que la crise, au lieu de venir spontanément comme une crise d'épilepsie banale, survient après un phénomène sensoriel, — comme d'autres, également rares, et publiées ici-même, — surviennent après une émotion.

### Automatisme comitial et automatisme pithiatique, par MM. Jean DELAY, MAILLARD et BINOIS.

OBSERVATION. — La malade, âgée de 17 ans, domestique, entre dans le service le 13 novembre 1942 pour des accès d'automatisme psychomoteur, suivis d'amnésie, au cours desquels elle se livre à des actes inconscients. Selon la malade et son entourage, ces accès remonteraient à un accident de bicyclette survenu en juillet. Elle a déjà été hospitalisée à l'Hôtel-Dieu et y a été traitée par le gardénal.

Nous observons dans le service un accès de ce genre. Il débute le 16 novembre à la suite d'une remarque concernant la suppression du traitement par le gardénal jusqu'à ce que la malade ait présenté une crise observable. La durée totale de l'accès a été de 48 heures. Mais il s'est déroulé en deux phases successives. Pendant la première, c'est une agitation motrice, violente, désordonnée, par brusques décharges de courte durée qui nécessitent le maintien. Entre temps, confusion avec onirisme. Marie interpelle des personnages absents, ses patrons. Elle semble revivre des scènes du passé. Détachée, elle se lève spontanément, va droit devant elle d'une démarche titubante, se met à genoux, interpelle le fils de ses patrons, rampe sous les lits.

Le 18, la malade entre dans la deuxième phase de son accès. Elle est beaucoup moins confuse, elle peut répondre à quelques questions. De la veille, elle se rappelle seulement une injection qu'elle a reçue. De la matinée, subsistent quelques rares souvenirs flous et déformés. D'une nouvelle qu'on lui a annoncée deux heures auparavant, elle conserve un souvenir lointain qu'elle ne peut localiser dans le temps

et à propos duquel elle esquisse une ébauche de fabulation. Les souvenirs de sa vie antérieure sont incomplets, désordonnés, incohérents. Elle a oublié l'accident de bicyclette. Elle ne se rappelle pas ses crises antérieures. Puis, au cours de l'examen, elle se met à essuyer quelques miettes sur la table, les fait tomber, les ramasse, se lève, essuie les boiserics, range les chaises, brosse le manteau de l'interne, comme si tous ses gestes s'enchaînaient automatiquement. Elle se plaint de la poussière. Elle demande : « Madame Denise un balai ! » Tout en s'affairant elle chantonne. Un dialogue s'engage avec nous. D. : Que faites-vous ? — R. : J'arrange la cuisine. — D. : Qu'est-ce que vous nous faites à déjeuner ? — R. : Ce que vous voudrez, Monsieur Jacques, des œufs ?... Jean-Loup, une brosse ! — D. : Alors, allez chercher des œufs. — R. : Donnez-moi des sous, Monsieur Jacques (on lui donne 50 fr.). Je voudrais un porte-monnaie..., donnez-moi des tickets... Mais il y en a à la cave des œufs !

Le lendemain, elle se réveille attachée et elle comprend qu'« elle n'a pas été sage ». Mais elle a complètement oublié ces deux derniers jours, son agitation, la scène domestique, la nouvelle annoncée, etc... Elle est très étonnée que nous connaissions le nom de ses patrons. Elle se sent fatiguée, « abruti ». Par contre, elle a retrouvé tous les souvenirs de sa vie antérieure.

Depuis, Marie a présenté cinq accès d'automatisme semblable, de durées diverses.

Comme antécédents : pas de convulsions dans l'enfance, aucune crise convulsive, pas de vertiges, seulement depuis l'accident des accès de ce genre. Mais une radiographie pratiquée antérieurement à l'accident, à l'occasion d'une chute tout à fait fortuite dans un escalier, a montré six aiguilles dans son tube digestif.

On est tenté de conclure à des équivalents psychiques comitiaux antérieurs d'ailleurs à l'accident, les uns procursifs, les autres à caractère d'automatisme émnésique professionnel. Telle est la conclusion du Dr Largeau à l'Hôtel-Dieu : « Epilepsie datant de plusieurs années et manifestée par des absences graves avec déambulation automatique et impulsive... Electroencéphalogramme pratiqué à la Faculté de Médecine présentant un tracé typique d'épilepsie. »

Deux électroencéphalogrammes dans le service montrent des anomalies du tracé : quelques ondes lentes de 5 H. d'amplitude double et quelques pointes-ondes.

Un test de Rorschach est interprété par Mme Minkowska comme caractéristique de l'épilepsie.

Ayant cependant remarqué le déclenchement de certaines crises à l'occasion de contrariété ou d'allusion à des conflits familiaux, nous pensons à la possibilité d'un facteur pithiatique surajouté.

Nous essayons alors de déclencher un état semblable à ceux observés. Nous avons essayé, tantôt, par pression des globes oculaires avec

suggestion associée : « Vous allez avoir votre crise, vous la sentez venir, elle vient, ça y est. », tantôt, pour éliminer une action neurovégétative, par suggestion simple, avec comme support matériel un courant faradique fictif. Avec l'une ou l'autre technique nous provoquons l'accès d'automatisme dans ses trois variétés : formes procuratives avec brutales impulsions motrices, la malade se ruant tête baissée contre le mur, formes oniriques banales, formes ecnésiennes professionnelles. Au cours d'un de ces accès provoqués, nous avons constaté un signe de Babinski indiscutable. Nous mettons fin à ces accès de la même façon par pression des globes oculaires ou simple suggestion. Et, fait capital, nous avons pu mettre fin à des accès spontanés par le même procédé.

Cette malade nous a paru intéressante à vous présenter pour les discussions diagnostiques qu'elle peut soulever. Spontanés ou provoqués ces accès d'automatisme revêtent deux types. L'un, où l'obnubilation de la conscience est totale, se manifeste par une agitation motrice violente et désordonnée. L'autre, où subsistent un certain degré de conscience, une mémoire à court terme, durant ce que dure l'accès mais rendant possible une action continuée et où la malade agit dans un réel abstrait pourrait-on dire, un réel simplement possible qui n'est localisé ni dans le temps ni dans l'espace. Nous avons vu Marie, au cours de son accès, passer de ce niveau inférieur au niveau supérieur d'automatisme avant de retrouver l'état normal.

A quoi peut-on rapporter cet automatisme ? A la *comitalité* ? En faveur de cette hypothèse notons le début brusque, la répétition des mêmes actes, l'identité des thèmes au cours des différents accès, l'amnésie totale qui les suit, les résultats de l'électroencéphalogramme, voire du test de Rorschach. L'absence de crises convulsives typiques, de vertiges épileptiques n'est pas suffisante pour infirmer ce diagnostic, les formes pures d'automatisme comital étant aujourd'hui bien connues. Toutefois l'inconscience de l'accès et l'amnésie peuvent se rencontrer au cours des états hystériques.

Avons-nous cependant des arguments positifs en faveur de l'hystérie ? Sans doute la plupart des stigmates classiques font défaut. Toutefois l'intentionnalité de l'accès est possible, notamment lors du premier accès observé à la Clinique. Il peut y avoir un élément d'utilisation en rapport avec le conflit familial et l'accident. Mais le principal argument qui mérite discussion est la possibilité de provoquer des accès semblables aux accès spontanés par pression des globes oculaires et surtout suggestion



simple et de mettre fin aux accès — spontanés ou provoqués — par la même technique.

Sans doute on a souligné le rôle de l'émotion comme facteur pouvant déclencher la crise et l'automatisme épileptiques. On a rapporté des cas où une émotion met fin à un état d'automatisme comitial. Ne faudrait-il pas dès lors admettre que ce que nous avons appelé « suggestion » se ramène au simple facteur émotionnel ? Mais si l'émotion agit c'est d'une manière fortuite, accidentelle. Ici, au contraire, la suggestion réussit, aussi bien pour provoquer une crise qu'y mettre fin, et cela chaque fois que nous le tentons. Nous n'avons pas remarqué par ailleurs qu'une émotion-choc — surprise ou peur — provoquât des crises chez notre malade. Il faut donc conclure que dans nos expériences l'action appartient bien à ce qu'on a accoutumé d'appeler la suggestion.

Il nous paraît difficile étant donnée leur parfaite similitude d'admettre la coexistence chez notre malade de deux automatismes, l'un spontané de nature comitiale, l'autre provoqué de nature pithiatique, d'autant que nous avons pu par la suggestion provoquer le retour à l'état normal lors d'accès spontanés. Resterait donc à admettre l'existence d'automatismes comitiaux sensibles à la suggestion, mais ceci paraît contraire à toutes les données classiques et que devient le critère de pithiatisme ? Ou à considérer notre malade comme une pithiatique mais que devient alors la valeur du critère électroencéphalographique de l'épilepsie ? L'évolution de la maladie nous apportera peut-être des considérations intéressantes.

#### DISCUSSION

M. LHERMITTE. — On décrivait naguère, au temps de Charcot, l'hystéro-épilepsie. Celle-ci n'est plus admise aujourd'hui. C'est peut-être un tort. M. Pagniez montrait, il y a quelques années, des cas où deux phases se déroulaient successivement : une phase pithiatique, une phase épileptique. Phases d'ailleurs séparées, et non pas intriquées, l'intrication continuant à ne pas être admise aujourd'hui. Reste à définir le pithiatisme ou l'hystérie. Qu'est-ce que l'hystérie ? On ne sait pas. Qu'est-ce que le pithiatisme ? On le sait encore moins. Peut-on de toutes façons définir une maladie par la suggestion ? Babinski s'y est essayé. Mais ses idées, qui ont eu une énorme influence en France, n'ont été que peu admises à l'étranger. Claparède faisait remarquer que définir une maladie par la suggestion ne répond pas à grand'chose et cependant on peut se demander si le pithiatisme ne doit pas être

distingué de l'hystérie. Contrairement aux idées de Babinski, l'hystérie ne guérit pas toujours par persuasion. On en a vu des exemples multiples pendant la guerre. Le problème de l'hystérie est donc à reprendre entièrement. Je rappellerai simplement les publications de Titca montrant que l'hystérie est une véritable maladie organique fonctionnelle, où l'on peut même constater l'existence d'un signe de Babinski transitoire. Il semblerait que la phase hystérique (au sens de Charcot) puisse précéder la phase épileptique proprement dite.

M. JEAN DELAY. — Nous sommes ici dans les limites du critère de Babinski (crise déclenchée et guérie par persuasion). Faut-il admettre qu'il y a chez cette malade deux ordres de crises, les unes comitiales, les autres non comitiales, pouvant être produites par simple suggestion ? C'est indéfendable, les deux ordres de crises étant les mêmes. Donc, il semble que nous nous trouvions en présence d'une comitiale dont les crises sont parfois déclenchées et guéries par suggestion.

M. HEUYER. — Je connais cette malade pour l'avoir expertisée. Au début, je pensais chez elle au pithiatisme. Il y avait des raisons d'utilitarisme dans ses crises. Or, pour moi, l'hystérie et le pithiatisme c'est de la simulation. Il y a toujours un motif à l'origine des crises, toujours d'ordre affectif, et quelquefois un intérêt direct à la production des crises. Quand l'intérêt disparaît, la crise disparaît aussi. Dans mon service nous pouvons faire le départ entre pithiatisme et épilepsie, et toutes les crises pithiatiques y observées étaient simulées et ont guéri par l'isolement. Toutes avaient des mobiles intéressés. Ici, il y avait également un intérêt aux crises avec une question de pourcentage d'invalidité. Et pourtant, tous renseignements pris, j'ai conclu à une épilepsie certaine, sans pithiatisme. J'ignore d'ailleurs les suites données par le Tribunal à cette affaire. Aujourd'hui on nous dit que les crises peuvent être provoquées et arrêtées à volonté. Je veux bien. J'aurais voulu voir la crise. La crise, nous répond-on, serait trop violente pour être déclenchée ici. Soit. Jusqu'à plus ample informé, je réserve donc mon opinion.

Quant à l'électroencéphalographie, elle donne des résultats vraiment caractéristiques. Jamais le complexe onde-pointe n'est observé dans le pithiatisme. Parfois on signale seulement la présence d'ondes lentes, ce qui veut simplement dire que le cerveau souffre. C'est un fait banal. Le cerveau du pithiatique souffre en effet. Il s'agit de débiles, débiles moteurs, débiles psychiques. L'existence de ces petites anomalies du tracé n'a rien d'étonnant.

M. MARCHAND. — Voilà deux cas présentés devant la Société dans lesquels des phénomènes extérieurs peuvent donner une crise d'épilepsie. Ici, il s'agit d'automatisme mental épileptique, avec par ailleurs confusion mentale. La suggestion se voit dans bien d'autres phénomènes.

nes chez l'épileptique. J'ai vu une malade qui, après une simple réprimande, faisait des crises avec amnésie complète. Or, une réprimande est moins forte qu'une suggestion de crises. Au total, il ne faut pas éliminer l'épilepsie par le fait même qu'il y a un élément extérieur à l'origine des crises.

M. JEAN DELAY. — Il faut également souligner ici le fait que la suggestion a pu arrêter même des crises survenues spontanément. Quant à l'électroencéphalographie, — ceci pour répondre à M. Heuyer, — nous avons pu croire en effet que les tracés étaient caractéristiques. Nous n'en sommes plus là actuellement. Le tracé coupole-minaret semble bien caractéristique. Mais, pour tout le reste, nous ne savons pas.

M. MARCHAND. — La conclusion de tout cela, c'est que dans l'avenir il faut distinguer seulement deux ordres de crises : la crise épileptique et les crises psychonévropathiques. J'ajoute que j'ai eu, dans un cas d'épilepsie typique, un tracé électroencéphalographique absolument négatif. Il est vrai que le sujet était traité depuis six mois.

M. HEUYER. — J'ai vu un garçon de 14 ans présentant des crises que tout faisait apparenter au pithiatisme : crises annoncées d'avance chez un sujet, par ailleurs difficile, qui avait dit qu'il se ferait exprès renvoyer de partout. L'électroencéphalogramme donna chez lui le complexe onde-pointe typique de l'épilepsie. Or, l'interne du service a pu venir l'observer au cours d'une crise et assister effectivement à des phénomènes absolument inconscients. Le personnel put apporter un témoignage du même ordre. Enfin, mis au gardénal, le sujet ne fit plus de crises. On remplaça le gardénal par de l'aspirine. Rien ne se produisit, puis une autre crise apparut, de type pithiatique. En fait, il s'agissait là d'un comitial certain. Deux critères sont absolus dans l'épilepsie : l'inconscience pendant la crise, l'amnésie consécutive. Jamais on n'observe cela dans le pithiatisme. Et, dans ce dernier, l'isolement simple amène la guérison.

Très souvent, par contre, on peut observer des associations. Il y a, pourrait-on dire, des comitiaux qui, par intérêt, ou pour toute autre cause, « en remettent », mais il n'y a pas de crise intermédiaire.

M. H. BEAUDOUIN. — On nous dit qu'il y avait eu naguère un accident de bicyclette chez le sujet. Cet accident peut-il être considéré comme la cause, — ou la conséquence, — des crises ? C'est une question qui se pose souvent en matières d'assurances.

M. JEAN DELAY. — L'ingestion d'aiguilles a été antérieure à la chute de bicyclette.

# Essai d'interprétation typologique d'un délire alcoolique secondaire, par MM. J. DUBLINEAU et DIGO.

La typologie renseigne-t-elle sur la forme et l'évolution de la psychose ? En attendant des corrélations mathématiques précises certaines données peuvent être tirées d'une interprétation purement descriptive du sujet. Ce point de vue méthodologique est esquissé dans l'exemple suivant :

OBSERVATION. — G..., 41 ans. A. H. : Père buveur, mort à 59 ans de tuberculose. La mère (63 ans, bien portante) aurait perdu un frère de tuberculose. A. C. : 11 frères et sœurs, dont deux morts en bas-âge, et un 3<sup>e</sup> mort subitement à 25 ans, un an après pleurésie. A. P. : Né à Paris. Scolarité irrégulière, sans certificat d'études primaires. Apprenti dès 11 ans. De 14 à 18, camionneur, déménageur, puis polisseur de métaux. Service militaire en Rhénanie (un an de prison pour insultes à supérieur). Par la suite, refait du polissage, devient contremaître, mais change plusieurs fois de place. Mobilisé en 1939, est versé dans le service auxiliaire après bronchite. Démobilisé, portage aux Halles, puis, à nouveau, polissage jusqu'en mars 1942. Marié à 24 ans, perd sa femme à 37 (tuberculose). Une fille de 18 ans, normale. Concubinage de 38 à 40 ans, cessant par abandon. La vie sexuelle aurait été normale.

Caractère : Se sait hyperexcitable. Déprimé habituel. Sportif de l'adolescence. D'après l'entourage, assez emporté et coléreux. Boisson : Avoue 2 à 3 litres de vin rouge. Ivresses fréquentes (avertissements des employeurs). Excès aggravés depuis veuvage. Maladies : typhoïde à 28 ans. « Pointe » de pleurésie gauche à 33 ans.

Histoire de la maladie : Mars 1942. A la suite, dit sa fille, d'un excès épisodique de Pernod, « crise de nerfs » durant le travail, avec perte de connaissance incomplète, et peut-être agitation. Transporté à Tenon, y est traité pour « delirium tremens ». En fait, depuis février, présentait un état dépressif, avec idées de mort imminente, d'incapacité physique, etc... Cet état semble s'être poursuivi à l'hôpital, où il tente de se pendre. Sorti début juillet, semble, dès cette époque, organiser un délire actif de persécution (sans abus nouveaux de boisson) : son frère vient lui chatouiller les pieds, l'étrangle à distance, lui envoie des courants. Influences. Ordres : « Va faucher une fourche. » Sa fille le persécute également. Démarches et menaces chez le frère en pleine nuit. Violences sur la fille, motivant finalement recours à la police et envoi à l'Infirmierie Spéciale.

Dans le service, après courte phase de perplexité, vaguement anxieuse, s'aggravent les troubles psycho-sensoriels, où les éléments auditifs prédominent finalement. Seule change l'explication délirante : c'est maintenant « la psychiatrie » qui lui fait cela. Thème à la fois

pauvre et précis, assez stéréotypé. Réactions affectives à teinte mélancolique. Aux bouffées anxieuses du début succèdent explosions coléreuses et impulsives, sur fond d'indifférence apparente et d'apragmatisme. En mars 1943, G... commence toutefois à s'occuper un peu.

*Signes physiques* : Tremblement léger. Réflexes tendineux vifs. Bronchite chronique. Tension artérielle : 14-9 (Vaquez). Pouls 54. Voix basse.

*Morphologie* : 1. Tronc à thorax étroit, paroi abdominale atone, bassin élargi, fort diamètre bitrochantérien. Toutefois, largeur relative des épaules, bien modelées et musclées. 2) *Tête* : masque triangulé à pointe inférieure, mais arcades sourcillières fortement accusées. Profil avant : angulation moyenne. Profil arrière : arrondi avec léger aplatissement du vertex. 3) *Membres* d'apparence moyenne comme longueur et développement ostéo-musculaire. Taille : 1 m. 56 (assis : 83,5). Poids : 46 kg. (ancien : 53 kg.). Tour de poitrine : 81 cm. (xýphoïdien). Expiration : 78 cm. Inspiration : 86 cm. Teint mat. Peau glabre. Plusieurs tatouages de la 20<sup>e</sup> année (sur l'un d'eux, on lit : « Du malheur »). Sang et liquide céphalo-rachidien normaux. Groupe sanguin : 0.

Trois ordres de faits sont à discuter :

1° LA PSYCHOSE. — G... est un délirant, tendant au délire chronique de persécution. Délire apparu au cours ou à la suite d'un état confuso-onirique étiqueté *delirium tremens*. Ce delirium a débuté par une crise convulsive, elle-même consécutive à un excès épisodique de Pernod chez un œnomane habituel. Donc, délire hallucinatoire chronique, secondaire à un état d'alcoolisme aigu. Qu'est ce délire ? a) Il est *sthénique*, avec sur un fond d'asthénie taciturne, réactions impulsives et agressives persistantes. Donc, à première vue, délire hallucinatoire de persécution rappelant le délire *paraphrénique* ; — b) Il est *pauvre*, sans système stéréotypé, plutôt apragmatique. L'affectivité, inégale, tend, après l'anxiété du début, à la passivité et au désintérêt. Le délire se rapproche ainsi de la dissociation schizophrénique, en l'espèce, de l'état *paranoïde*.

2° LA TYPOLOGIE. — A) *Plan psychique* : G... est un nerveux, a) *déprimé de longue date* (type du tatouage, accès mélancolique fruste dans les semaines de prédelirium, suicide à l'hôpital, anxiété au cours de la systématisation délirante) ; — b) il s'agit d'un *instable professionnel* et probablement d'un faible, d'intelligence d'ailleurs suffisante (il a été contremaître) ; — c) sur ce fond apparaissent des poussées épisodiques de type *impulsif* et *coléreux* (condamnation ancienne pour insultes à supérieur,



forme agressive, précoce des réactions délirantes) ; — d) G... est d'autre part un *buveur* assez banal, par contagion du milieu, mais, fait particulier, dont les excès, comme chez nombre de déprimés, se sont acrus par le veuvage ; — e) *au total*, hyperémotif à tendances dépressives et instables, avec poussées impulsives épisodiques, chez lequel la boisson a développé à la fois les premières (mélancolie initiale, anxiété, etc...) et les secondes (persécution, agressivité...).

B) Plan somatomorbide : Il y a chez G... une ambiance *familiale* tuberculeuse (père, frère et peut-être oncle maternel). G... a lui-même eu une « pointe de pleurésie ». Tuberculoses d'ailleurs spéciales en général, exsudatives ou tardives, donc peu évolutives en principe : organismes qui ont cédé à la maladie, mais ont en même temps résisté à l'attaque du bacille.

C) Plan morphologique : Dans la typologie kretschmérienne, prise ici comme point de départ, les types purs ne constituent qu'une minorité. L'homme est fait à la fois d'un alliage et d'une juxtaposition de formes, sur la nature desquelles il conviendrait d'abord de s'entendre. En gros, ici : a) l'impression générale est *asthénique* (atonie abdominale, largeur relative du bassin, angulation du profil avant, triangulation du masque ; b) mais le développement des épaules, le dessin accusé des arcades soulignent la participation *athlétique*. Celle-ci a peut-être été accrue par la profession (G... a porté aux Halles jusqu'à 125 kilogs), mais G... portait tout de même en lui les virtualités ; c) on pourrait trouver également pour le profil, dans la faiblesse relative de l'angulation antérieure, dans la prédominance de la rondeur postérieure, des éléments *pycniques* au sens propre de ce dernier mot. Au total, pour fixer les idées, G... est asthénique pour 60 % environ, athlétique pour 25 %, et pynique pour 15 %.

3° RAPPORTS DE LA TYPOLOGIE ET DE LA PSYCHOSE. — Le type asthénique est fréquent chez les buveurs moyens qui tendent vers la dissociação. Le buveur athlétique ou athlétopyénique fait plutôt des troubles de caractère simples ou des états confusionnels récidivants *qui guérissent*. Tout se passe comme si la dissociação psychique était liée au terrain asthénique. Terrain aggravé ici par une ambiance tuberculeuse — également banale chez l'asthénique. Mais cette dissociação doit être interprétée. Elle n'est pas complète : G... est fixé à ce jour dans une formule délirante systématisée, mais celle-ci, de par l'atmosphère affective concomitante, se situe à mi-chemin entre l'état paraphré-

nique et paranoïde. Or, le délire paraphrénique s'observe chez des sujets à terrain anatomofonctionnel résistant, « hyperergique », par rapport à l'« hypoergie » ou à l'anergie asthénique. En l'espèce G... avait en lui des éléments de résistance (participation athlétique non négligeable, formule allergique de sa tuberculose antérieure). Tout se passe comme si cette résistance, en colorant son délire, l'avait fixé dans une certaine mesure, sur la voie de la dissociation.

*En résumé*, G..., asthénique prédominant et partiellement athlétique, a fait à l'occasion d'excès de boisson un syndrome d'intolérance qui, au lieu de rétrocéder, évolue vers la dissociation délirante. Cette dissociation elle-même est à mi-chemin entre l'état paraphrénique et paranoïde. *Elle est dans une certaine mesure l'un et l'autre*. Elle se présente sur le plan mental comme la traduction de la formule typologique mixte du sujet.

#### DISCUSSION

M. HEUYER. — Je me demande si les éléments athlétiques observés chez ce malade ne sont pas dus aux travaux de force qu'il a exécutés comme porteur aux Halles. Il s'agit, en fait, essentiellement d'un asthénique.

M. DELAY. — Seules, des mensurations précises, effectuées en prenant le squelette comme point de repère, permettraient d'avoir des données sur le problème typologique.

M. GUIRAUD. — L'auteur semble admettre qu'il y a une relation directe entre la morphologie et le type clinique. Or, rien n'est moins démontré. Pour ma part, je crois qu'il faut attacher une grande importance aux éléments acquis au cours de l'existence et qui viennent modifier notablement la conception qu'on peut se faire de l'individu.

M. HEUYER. — Il n'en demeure pas moins que l'étude typologique des individus présente un gros intérêt et les recherches de ce genre ne peuvent qu'être encouragées.

M. DUBLINEAU. — Le problème typologique doit être envisagé non seulement au point de vue morphologique, mais également au point de vue fonctionnel, — ce qui vient dans une certaine mesure nuancer les appréciations purement anthropométriques. Par ailleurs, il est certain que seules des mensurations précises, avec déterminations d'indices, peuvent avoir une valeur vraiment scientifique. Dès maintenant, nous avons voulu indiquer un mode général de compréhension du malade. Cette compréhension ne peut toutefois se concevoir qu'en se dégageant d'une conception trop étroite de la « maladie mentale » et de la nosologie psychiatrique.

**Amyotrophie de Charcot-Marie avec troubles mentaux. Débilité mentale familiale,** par MM. R. DUPOUY et J. DE AJURIA-GUERRA.

Les troubles mentaux de la maladie de Charcot-Marie sont rares. Sainton, dans sa thèse, relève le cas de vagabondage du malade de Targowla, et rapporte deux cas personnels avec troubles du caractère. Bøtère relève un pourcentage de 19 % de cas de débilité mentale. Davidenkow dans sa classification du Charcot-Marie isole un type particulier dans lequel la débilité s'associe à la spasmodicité. Piton qui rapporte deux observations répondant à celle de l'auteur russe fait remarquer que ces deux traits symptomatiques ne sont pas toujours liés et alternent dans les familles avec des formes normales.

Nous rapportons l'observation d'un cas de Charcot-Marie avec débilité mentale personnelle familiale (forme non spasmodique), qui nous a été envoyé pour un épisode confusionnel et dont l'évolution démentielle est à notre avis probable.

OBSERVATION. — M..., âgé de 37 ans, présente une atrophie de Charcot-Marie typique. Elle débute dès sa première enfance par une faiblesse des membres inférieurs, des troubles nets de la marche n'apparaissent que vers la 13<sup>e</sup> année, puis l'atrophie s'étend progressivement aux membres supérieurs. L'amyotrophie siège surtout dans la loge antéro-externe de la jambe, mais n'épargne pas les membres de la loge postérieure. Les pieds sont en équinisme et le steppage est très net à la marche. Les cuisses sont grêles, mais on ne note pas d'atrophie élective marquée, ni de diminution nette de la force musculaire. Il existe à ce niveau quelques fibrillations musculaires. Les réflexes achilléens et rotuliens sont abolis. Les pieds sont déformés : excavation de la voûte plantaire et griffe des orteils.

Au niveau du membre supérieur, on est frappé par l'atrophie bilatérale et symétrique des éminences thénar et hypothénar et des interosseux. L'extension complète des doigts est impossible, les mouvements d'extension du poignet sont très limités, les mouvements de flexion, de pronation et de supination réduits. L'amyotrophie remonte jusqu'au coude. Notons que, malgré cette atrophie considérable, le malade était capable d'exercer son métier de manœuvre. Les réflexes cubito-pronateur et stylo-radial sont faibles, les réflexes oléocraniens conservés. L'examen électrique montre en particulier une inexcitabilité des muscles de la loge antéro-externe et postérieure de la jambe, des muscles de l'éminence thénar et hypothénar. L'état des muscles proximaux des membres et de la musculature de la face et du cou est

normal. Les réflexes crémastériens sont normaux, les cutanés abdominaux abolis, le réflexe cutané plantaire indifférent. Au point de vue sensitif, le malade ne se plaint de paresthésie d'aucune sorte, mais on note une hypoesthésie légère au tact et à la température à la partie distale des membres inférieurs et l'abolition de la sensibilité vibratoire au niveau de la tibio-tarsienne. Toutes les manœuvres cérébelleuses se montrent normales. La gustation et l'olfaction sont normales. Les nerfs périphériques n'apparaissent pas hypertrophiés à la palpation. Les pupilles sont normales. Le fond de l'œil montre une choroïdite myopique. Quelques secousses nystagmiques apparaissent dans le regard latéral. Les examens sérologiques sont négatifs. La numération globulaire montre une anémie de 3.180.000 sans modification de la formule leucocytaire. L'électrocardiogramme est normal.

M... est assez débile au point de vue intellectuel, il est néanmoins capable de travailler (manœuvre aux compteurs) et de gagner sa vie ainsi que celle de sa femme, car il est marié depuis plusieurs années avec une veuve, mère d'un enfant, dont il assure également l'existence. Il n'a lui-même pas d'enfant, et, depuis deux ans, n'a plus de rapports sexuels : cela ne l'intéresse plus.

Il est entré à l'Hospice des Ménages pour des accidents entéritiques. On n'a pu l'y conserver en raison de ses troubles mentaux. Depuis la guerre, son caractère s'était modifié, il se montrait irritable, têtu, coléreux, en même temps très suggestible.

Aux Ménages, il croyait qu'on le traitait de voleur et qu'on voulait le mettre sur la chaise électrique (on avait en réalité parlé de pratiquer des séances d'électrothérapie contre son amyotrophie).

A son entrée à l'Hôpital Henri-Rousselle, il se montre confus, incapable de nous fournir des renseignements : « Il ne sait pas. » Il ignore où il est, ne peut dire la date du jour, même le mois ; il nous avoue qu'à l'Hôpital d'Issy, il n'avait voulu ni parler, ni bouger, ni s'alimenter durant 24 heures et qu'il aurait gâté volontairement ; il aurait en même temps présenté une certaine agitation et brisé des objets. La confusion se dissipe assez rapidement ; il émet les jours suivants des idées de persécution et de mélancolie s'accompagnant probablement d'hallucinations auditives, verbales, épisodiques : les copains eussent de lui et parlent de la Russie ; on doit le faire asseoir sur la chaise électrique ; il entend la T.S.F. qui chante l'Internationale. Il désire la mort et nous demande une piqûre pour le faire mourir.

Quelques jours plus tard, il nous parle plus volontiers encore : on l'envoie ici pour l'empoisonner, il a volé..., ou bien il a menti..., on doit lui en vouloir pour cela... Il est entré aux Ménages parce qu'il serait tombé sur la voie publique après avoir éprouvé un malaise subit, un vertige. Il est déprimé, pleure, demande une piqûre pour l'alimenter ; en l'alimentant davantage, il pourra retrouver ses forces, car « son corps ne marche plus » et retravailler.

Dans le service il s'est montré hypochondriaque : interrogeant ses

voisins, leur demandant s'ils respiraient bien, si leurs organes fonctionnaient, leur laissant entendre que cela n'allait pas pour lui. Il leur racontait des histoires sans suite, disant qu'il voulait mourir et se cognant la tête contre son lit ; il urine volontairement sur les parquets du dortoir, il refuse le premier jour de s'alimenter. Progressivement, il s'est calmé et s'est montré plus cohérent et plus normal.

Les tests psychologiques montrent une déficience importante de la mémoire et de l'intelligence logique, avec un niveau mental de 8 ans 4 mois, alors que le niveau du vocabulaire est légèrement supérieur (10 ans) et que certaines épreuves indiquent une adaptation sociale d'un niveau encore plus élevé (15 ans).

Ce malade est intéressant au point de vue clinique et génétique. Débile mental, il présente un état confusionnel avec agitation et hallucinations épisodiques provoquées probablement par un état infectieux d'origine intestinale. Mais une question se pose, celle de l'évolution démentielle. En effet, déjà depuis la guerre, il présente un déficit intellectuel plus marqué avec troubles caractériels. La famille le trouve plus affaibli depuis la confusion. Il y aura lieu de pratiquer dans quelque temps une nouvelle série de tests psychologiques pour comparer les résultats. En présence de cas comme celui-ci on peut se demander si l'hérédodégénération ne dépasse pas le territoire médullaire classiquement atteint par la maladie.

Le point de vue génétique nous montre le caractère familial et héréditaire. Nous trouvons l'amyotrophie chez la grand'mère (mariée avec un débile ne présentant pas de troubles musculaires), chez la mère, l'oncle. L'atrophie touche les quatre membres mais moins marquée que chez notre malade ; elle est associée chez tous à la débilité mentale. Nous trouvons en outre la débilité seule chez un des oncles et chez deux des cousins de M... (fils de l'oncle atteint du Charcot-Marie). Notons que notre malade, sans enfant, et actuellement impuissant sexuel, n'aura probablement pas de descendance.

#### DISCUSSION

M. LHERMITTE. — L'intérêt de cette communication réside dans le fait qu'on y assiste à un rassemblement génétique des troubles neurologiques et psychiques. Le gène peut se dissocier, donnant, soit des débilités mentales, soit des atrophies Charcot-Marie. Mais on peut observer une association troubles mentaux-troubles neurologiques.

Il faut noter aussi que la lésion peut déborder au delà des limites habituellement imparties à la maladie de Charcot-Marie.



**Modification rapide et durable de syndromes mentaux consécutive à des accidents organiques d'ordre circulatoire (*presentation de deux malades*), par MM. H. BEAUDOUIN, M. ZABOROWSKI et J.-L. BEAUDOUIN.**

OBSERVATION I. — D... Modeste, née le 14 décembre 1877, est en traitement à Maison-Blanche depuis le 11 septembre 1939, mais c'est le 30 juillet 1931 qu'elle fut internée à Ste-Anne, puis traitée à Villejuif jusqu'en décembre 1934, avant d'être transférée à Moisselles, où elle est restée jusqu'à son passage à Maison-Blanche, lors de la mobilisation. C'est à Villejuif, le 6 octobre 1933, qu'elle eut, le matin, un ictus qui laissa comme séquelle une hémiplegie gauche. A l'époque de son entrée à Villejuif, on notait une hypertension artérielle à 23-13, et la recherche des réactions humérales sanguines avait précisé : le 5 août 1931, Bordet-Wassermann négatif, Meinicke partiellement positif, Kahn + + + +, et le 14 octobre 1933, Bordet-Wassermann et Meinicke partiellement positifs, Kahn + + +. Ménopause en mars 1930.

L'internement d'office avait été provoqué par des plaintes au Parquet, des menaces de mort, des troubles croissants du caractère, le tout en rapport avec des troubles délirants évoluant, d'après ses proches, depuis 1927. Tous les certificats successifs s'accordent sur le diagnostic : psychose hallucinatoire chronique. Les notes de l'observation de Villejuif et de copieux écrits de la malade mettent en relief des troubles cénesthésiques, des attouchements génitaux, des hallucinations auditives : préoccupations érotiques apparemment prédominantes ; explications classiques : ondes et sciences occultes, menaces de réaction expressivement formulées dans les écrits.

Sa sœur, tout récemment interrogée, précise qu'elle était « originale et fière... », voyant plus haut qu'elle n'était ». Désillusions sentimentales. Confirmation par elle de l'excitation psychique et des réactions ayant motivé l'internement.

Lors des visites faites à Villejuif, la malade se plaignait régulièrement de mille persécutions, et, — dit spontanément la sœur, — la *paralyse a complètement changé ses idées*, elle n'a plus parlé de rien. La sœur en a été surprise, mais n'en a pas parlé au médecin. Cette modification ne paraît pas avoir été notée, et n'est pas signalée, 14 mois après l'ictus, dans le certificat pour le transfert à Moisselles. Là, au certificat de quinzaine, le D<sup>r</sup> Sengès formulait : hémiplegie gauche il y a un an. Les troubles hallucinatoires auraient disparu depuis cette époque (7 janvier 1935).

Depuis son entrée dans le service, en septembre 1939, sans aucun aspect réticent, ni désir d'élargissement, elle nous a toujours fourni les mêmes explications. La croyance en les persécutions anciennes, — exposées comme ayant été de début brusque, — est nettement

conservée. Ce sont ces persécutions qui ont abouti à lui causer l'hémiplégie, et, dit-elle, « depuis, ils m'ont laissé tranquille », confirmant par avance les constatations de ses proches.

Calme, bien tenue, sans affaiblissement psychique, elle a, vis-à-vis du milieu, des réactions normales, et l'exposé rétrospectif de son délire mérite qu'on s'y arrête un peu plus longuement : il faut d'abord noter que, depuis le décès de sa mère (1894), elle avait toujours été « hantée » par le besoin de « communiquer avec elle », et, après diverses lectures, avait conclu à la possibilité de le faire... Puis c'est, précise-t-elle, le 8 juillet 1927, qu'elle ressent brusquement des rayons qui la brûlent, des « obscénités ». Puis elle « entend » des conversations portant sur ces sujets, mais précise qu'elles surviennent « dans un sommeil demi-léthargique... ». On lui arrache ses pensées, mais quand elle « n'est pas encore bien éveillée... », c'était l'emprise du sub-conscient ».

L'apparition de l'hémiplégie fait disparaître ces phénomènes : « Je ne suis réellement libre que depuis que je suis paralysée », dit-elle, « on m'a laissé tranquille au point de vue mœurs..., ils ont *perdu l'emprise* ». En fait, « ils ont essayé », à quelques reprises, même plusieurs années plus tard, de « l'endormir », mais sans aucun résultat.

Le caractère hypnagogique des troubles hallucinatoires se dégage en réalité des premières notes de l'observation : « On profite de son sommeil pour prendre ses pensées » (Villejuif, août 1931). Et, dans un factum du 6 novembre 1932 : « Je me souviens, une nuit, après septembre 1927, avoir entendu (car je dormais en gendarme du cerveau ; je veux dire j'avais encore le corps raide, sensations cataleptiques pour me lever) deux voix d'hommes, etc... Là-dessus, je me réveille tout à fait... » « Il était le plus facile de capter ou d'endormir un être au moment de la somnolence du sommeil... Dans la complète emprise de l'esprit, le corps prend une raideur cataleptique... L'occulte le sait, car on me l'a arraché une nuit. »

*En résumé* : délire de persécution de formule classique, avec troubles de la sensibilité générale, hallucinations auditives à caractère hypnagogique, évoluant aux environs de la ménopause chez une ancienne syphilitique, hypertendue. Cessation, sans rectification, des troubles délirants, à partir de l'installation brusque d'une hémiplégie.

OBSERVATION II. — P... Victoria, femme C..., née le 21 août 1886, est en traitement à Maison-Blanche depuis le 7 novembre 1927. Il s'agit du cinquième internement. Elle présente, en effet, un long passé de *psychose périodique* caractéristique : alternance de périodes dépressives — avec réactions anxieuses au début — faites surtout d'inertie totale, de périodes d'excitation hypomaniaque typique et d'intervalles que l'on a pu constater, — hormis la période sur laquelle on insistera, — comme de plus en plus courts. Premier placement à Ville-Evrard en 1915 (excitation), sortie non guérie, et placée à Clermont-Ferrand jus-

qu'en fin 1916. Accouchement en octobre 1918, sans troubles signalés. Dépression à domicile en mai 1919. Troisième placement à Maison-Blanche en août 1919 : dépression à l'entrée ; excitation notée entre février et juillet 1920 ; dépression en novembre ; excitation en février 1921 ; sortie en juin. Quatrième internement en mars 1927 : excitation ; à la quinzaine, dépression. Sortie en avril.

Cinquième internement actuel, en novembre 1927 : dépression. Depuis octobre 1929, elle est suivie par l'un de nous et l'on peut noter le *rapprochement des accès*. Passant inaperçue lors des manifestations dépressives, elle s'extériorise bruyamment dans les périodes hypomaniaques. La notation des accès permet de relever, d'octobre 1932 à juin 1933, 10 accès d'excitation durant de 3 à 15 jours. C'est sur ce rythme établi que va apparaître la modification qui nous intéresse :

Le 1<sup>er</sup> décembre 1935, elle est alitée pour céphalée avec vomissements bilieux, bourdonnements d'oreille, diplopie. Cet état se double les jours suivants de vertiges. La tension artérielle est de 20-14 au Vaquez-Laubry, azotémie de 0,80. Aggravation. Amaurose transitoire. Etat sub-comateux.

Le 16 décembre, la ponction lombaire donne un liquide contenant de très nombreux globules rouges. L'azotémie est de 0,25, la tension à 16-8, amélioration progressive.

Ultérieurement, hypertension permanente (moyenne 16) avec périodes de céphalées cédant au repos et à l'acécoline.

Cependant que l'état organique a repris cet équilibre instable, on peut constater que les périodes excito-dépressives ne se manifestent plus et cela jusqu'en avril 1941, c'est-à-dire *pendant plus de 5 ans*. Cependant, la ménopause était intervenue : espacement des règles en 1938, dernière menstruation en janvier 1939. Durant ce laps de temps prolongé, on n'a pu noter ni période dépressive, ni subexcitation ; occupation régulière. La sortie, préconisée, n'a pu être réalisée.

Depuis avril 1941, reprise et persistance du rythme signalé avant l'accident de 1935.

*En résumé*, psychose périodique typique, avec manifestations nettes avant la trentaine. Formule alterne, avec extrême rapprochement des accès. Hypertension artérielle notable. Cessation brusque des accès après hémorragie méningée, pendant plus de cinq années, puis reprise du rythme rapide antérieur.

Ainsi, dans deux syndromes mentaux très dissemblables, on peut noter la modification brusque de leur expression clinique. Si cette modification est nettement *durable* — et, on peut l'espérer, définitive — dans le cas du délire, il semble bien, malgré la reprise du rythme périodique chez la seconde malade, que cette épithète ne soit pas déplacée, en raison de la très longue intermission.

Sans vouloir envisager des hypothèses pathogéniques que nous solliciterions plutôt, nous ne pouvons nous défendre de rapprocher nos observations des résultats des chocs thérapeutique d'une part, et d'autre part de penser à l'intervention probable de modifications neuro-végétatives concomitantes des dégâts organiques cérébro-méningés.

#### DISCUSSION

M. LHERMITTE. — L'action de l'ictus a été comparable en somme à celle du choc électrique. Il y a eu dissolution de l'automatisme et de la psychose, mais persistance de l'état constitutionnel. Il s'agit, en effet, dans le premier cas, d'une paranoïaque plus ou moins revendicatrice dont la constitution n'a pas été modifiée.

#### Tentative de viol sur sa mère par un encéphalopathique infantile, par MM. HEUYER, SAUGUET et DESCLAUX.

OBSERVATION. — Le jeune Pierre B... est envoyé à l'Infirmierie spéciale pour tentative de viol sur sa mère avec coups et sévices. Il s'agit d'un garçon de 18 ans, qui présente des mouvements choréo-athétosiques bilatéraux, des spasmes de la face.

Le 16 août 1942, il était dans un état d'énervement inhabituel. Sa mère l'a envoyé au cinéma ; il n'y est pas resté, il est rentré peu après, déambulant dans l'appartement avec une agitation désordonnée. A la suite d'une réprimande véniale, il ergota sur les reproches qui lui sont faits, reconnaissant les uns, niant les autres, et entra peu à peu dans une colère hors de proportion avec la cause qui l'a motivée. Brusquement, il pâlit, devient hagard, se jette sur sa mère, la serre à la gorge, lui tire les cheveux, la frappe et lui cogne la tête contre les murs. Il arriva à se coucher sur elle et s'efforça d'avoir des rapports sexuels. Elle réussit à se dégager ; il la poursuit en vociférant : « Tu y passeras. » Le bruit attira les voisins, qui le maîtrisèrent et le livrèrent à la police.

Quand nous avons observé B... à l'Infirmierie Spéciale, il était calme et repentant. Il présente depuis l'enfance une choréo-athétose typique, à prédominance gauche, surtout aux membres supérieurs. La face est grimaçante, avec des spasmes qui s'exagèrent lors de l'élocution. Le torticolis gauche se traduit par une torsion de la face vers la droite avec une saillie du sterno-cléido-mastoïdien gauche. Ces mouvements sont exagérés par la station debout, la contraction musculaire et les émotions.

Il existe des mouvements étoniques à rythme lent, au poignet droit, et cédant au décubitus, des mouvements lents péri-buccaux à prédo-

minance gauche, des mouvements alternatifs de flexion-extension des pieds, des syncinésiques contro-latérales au membre qui agit.

La marche se fait avec les cuisses en adduction, les jambes écartées, les pieds en extension.

Le tonus est très perturbé : hypertonie statique et cinétique à prédominance gauche, hypotonie en décubitus ; hyper-extensibilité des membres inférieurs, et aux membres supérieurs des doigts et du coude avec prédominance gauche.

Les réflexes tendineux sont vifs ; il n'y a pas de clonus du pied. Les réflexes cutanés sont normaux. Le réflexe cutané plantaire est en flexion. Il n'y a pas de trouble de la sensibilité ni de la coordination.

A l'œil droit, il y a un strabisme externe. La motilité oculaire intrinsèque et extrinsèque est normale. Le fond d'œil est normal. La mastication et la déglutition sont normales.

Le liquide céphalo-rachidien est normal.

Ces troubles relèvent d'une encéphalopathie infantile secondaire à un traumatisme obstétrical : accouchement au forceps ayant entraîné un hématome du cuir chevelu, qui fut incisé. Ces troubles ont régressé partiellement depuis l'âge de 7 ans et se sont fixés depuis trois ans.

Au point de vue psychique, l'examen du niveau mental aux tests de Binet et Simon indique un niveau mental moyen de 11 ans. Le jeune B... est capable de s'intéresser aux spectacles auxquels il assiste ; il lit les classiques et en goûte le charme ; il lit les journaux et il est au courant des événements contemporains, sur lesquels il porte des jugements témoignant d'une incontestable maturité d'esprit. Il a suivi l'école primaire et l'école primaire supérieure jusqu'à 15 ans. Son écriture, rendue difficile par ses mouvements parasites, l'a empêché de se présenter au certificat d'études primaires.

Son affectivité avait jusqu'alors semblé normale. Il a été suivi par l'un de nous, à notre consultation de neuro-psychiatrie infantile, où nous avons trouvé son dossier. Ses parents le montrent comme un garçon doux, affectueux, propre, ordonné, aimant les jeux calmes et sortant peu. Il est employé chez des amis de ses parents à un emploi accessoire, pour lequel il donne toute satisfaction. Pendant deux ans il a vécu chez sa grand-mère, à la campagne, et s'est montré très docile. Confronté avec sa mère, il pleure, exprime des regrets sincères, promet de ne jamais recommencer, supplie qu'on l'emmène, témoigne d'une joie profonde au pardon et aux baisers de sa mère.

Depuis qu'il est à l'asile, dans le service du docteur B..., qui nous a permis de le suivre, son comportement a été identique ; il s'attache aux personnes qui lui montrent de l'intérêt. Il présente de l'instabilité de l'humeur, qui se manifeste par de courtes colères rapidement calmées. Il passe d'un ouvrage à l'autre, s'impatiente à cause de sa maladie. Il n'a pas de tendances perverses ; il n'a jamais été brutal avec les animaux ; il n'est ni menteur, ni voleur.



Au point de vue sexuel, il ne se masturbe pas ; il n'a jamais eu de rapports sexuels. Il se défend même d'avoir eu l'idée de « frayer avec une femme ». « Un homme qui a la conscience nette ne fait pas ça. »

Nous lui avons appliqué les tests de caractère par questionnaire (1). L'interprétation des tests H.C.D.N. montre qu'en raison des chiffres bas, il n'y a aucune tendance caractérielle à noter, sauf peut-être des tendances instables. L'analyse de caractère avec les tests de Pressey montre qu'il s'attribue beaucoup de qualités et peu de défauts ; il se reconnaît pourtant impatient, coléreux et impulsif. Les tests de bar-rages de Pressey montrent une certaine hostilité égocentrique, une moralité normale et des chiffres élevés dans les intérêts divers, digestifs, artistiques, littéraires et religieux. La feuille de sens éthique comporte des réponses adaptées à la morale courante. En conclusion, il semble présenter des intérêts nombreux avec un sens moral normal.

Comment interpréter son comportement pathologique et l'acte grave qu'il a commis ? Il s'agit d'une impulsion au cours de laquelle ont éclaté ses préoccupations sexuelles latentes. « Peut-être, a-t-il dit, avais-je envie d'une femme, je ne sais pas ». Il a gardé un souvenir exact de toute la scène, il ne peut donc s'agir d'un équivalent épileptique. Chez ce garçon, dont la moralité habituelle est excellente, le frein moral n'a pas joué pour l'arrêter dans son acte impulsif : « Je n'ai même pas pensé que c'était ma mère. »

On peut expliquer le fait par une libération de certaines tendances au cours de laquelle le contrôle de la volonté n'agit plus et laisse se produire l'acte pathologique. Mais il nous paraît important de rapporter ce geste impulsif, tout chargé de préoccupations sexuelles, aux troubles neurologiques que présente le jeune B... Dans son comportement moteur, il présente à chaque instant des spasmes, des crises toniques symptomatiques d'une choréo-athétose dont la localisation sous-corticale n'est pas douteuse. Au point de vue psychique, il a de courtes colères, déclenchées aussi impulsivement et qui cessent rapidement. C'est une colère de cet ordre, produite à la suite d'une réprimande, dans lequel se sont extériorisées les préoccupations sexuelles momentanées du jeune B... Il existe un parallélisme psycho-moteur évident entre les spasmes moteurs de caractère impulsif et la tentative non moins impulsive de violence sur sa mère.

Il n'y a pas eu d'acte médico-légal à proprement parler, puis-

(1) G. HEUYER, COURTHIAL, DUBLINEAU, NÉRON. — Tests de caractère en neuro-psychiatrie infantile. *Ann. méd.-psych.*, n° 2, juillet 1934.

que la nature pathologique de l'acte a paru assez immédiatement évident pour légitimer l'envoi à l'Infirmierie Spéciale. Mais, s'il y avait eu une expertise médico-légale, il est certain que tous les experts auraient été d'accord pour reconnaître à Pierre B... une irresponsabilité entière.

L'internement fut donc légitime. Il n'en est pas moins vrai que cette solution nous semble fort imparfaite. A l'asile, Pierre B... se comporte normalement ; intelligent et doux, il s'applique au travail de ménage qui lui est confié. Il désire rentrer chez ses parents. Il souffre de son état neurologique ; il souffre aussi actuellement de sa situation d'aliéné. Il nous paraît pourtant impossible de lui faire reprendre la vie familiale auprès de sa mère. Pierre B... relève plutôt d'un asile d'infirmités que d'un asile d'aliénés.

La séance est levée à 11 heures 50.

*Les secrétaires des séances :*  
Paul CARRETTE et Pierre MENUAU.

---

*Séance du Lundi 22 Mars 1943*

---

**Présidence : M. Henri BEAUDOUIN, président**

---

### **Adoption du procès-verbal**

Le procès-verbal de la séance du 22 février 1943 et le procès-verbal de la séance du 8 mars 1943 sont adoptés.

### **Correspondance**

La correspondance comprend une lettre de M. le D<sup>r</sup> PICARD, *membre titulaire* qui, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance, demande que l'élection à une place de membre titulaire, dont il est rapporteur, soit remise au 12 avril.

## COMMUNICATIONS

**Modifications de l'état mental d'une pré-sénile en rapport avec des crises comitiales spontanées, par MM. G. DAUMÉZON et P. DELAMARRE.**

L'observation que nous vous présentons nous a paru digne d'intérêt en raison, d'une part, de la coexistence chez notre malade de troubles de la série maniaco-dépressive et d'épilepsie et, d'autre part, de l'amélioration passagère qui suit les crises comitiales. Il s'agit d'une psychose d'involution dont voici l'observation résumée :

OBSERVATION. — Mme Qu..., âgée de 67 ans, entre dans notre service le 27 mars 1942. Les antécédents familiaux n'offrent aucun intérêt. A 16 ans, elle commence un noviciat dans un couvent d'Ursulines, mais à 20 ans, suivant les conseils de la Supérieure, elle abandonne cette voie, au moment de prononcer des vœux perpétuels. Elle se marie quelques années plus tard avec un homme de deux ans son cadet, et c'est elle qui va diriger le ménage. Elle achète à son mari une étude d'huissier, puis la revend, le place chez un notaire, et finalement le fait entrer à la Compagnie du P.-O., où elle-même trouve une place. Elle a trois enfants, avec lesquels elle va vivre après la mort de son mari et auprès desquels elle semble avoir voulu manifester le même autoritarisme que dans son ménage.

Un état dépressif nécessita un séjour d'un an environ au château de Grignon, à Orly. La fin du séjour est marquée par un épisode grave, étiqueté ictus, qui est suivi d'une amélioration des troubles mentaux et de l'apparition de crises comitiales, pour lesquelles la malade est envoyée en observation dans le service du Professeur Alajouanine, à Bicêtre. Là, divers examens sont pratiqués : sang et liquide céphalo-rachidien sont négatifs et, en particulier, un électro-encéphalogramme ne révèle aucun stigmate d'épilepsie.

La malade est alors dirigée sur l'hôpital psychiatrique de Fleury-lès-Aubrais. A l'entrée, nous nous trouvons en présence d'une femme de petite taille, aimable, souriante, mais qui, au cours de l'examen, présente des bouffées de larmes peu motivées et de courte durée. Ses réponses sont assez hésitantes, le récit est lent, un peu laborieux, avec adhérence. L'orientation est un peu approximative, les souvenirs récents sont parfois évoqués avec difficulté, néanmoins il n'existe pas de déficit intellectuel net. La malade exprime quelques idées d'auto-dépréciation, pas d'idées de suicide, ni d'idées de persécution ou de préjudice.

Au point de vue physique, les éléments du syndrome neurologique sont discrets : les réflexes tendineux sont exagérés, il existe un léger tremblement, pas de signes oculaires en dehors d'une cataracte débutante à droite. L'appareil cardio-vasculaire est normal, la tension artérielle est de 14-9.

Dans le service, notre malade va se présenter sous deux aspects bien différents l'un de l'autre. Pendant une période d'une durée assez longue, deux à trois mois, elle conserve le même aspect souriant et aimable. Elle se montre extrêmement affable, enjouée, très polie avec le personnel, surtout le personnel religieux, et elle suit assidûment toutes les pratiques cultuelles. Avec le personnel médical, elle se montre également très aimable, voire même légèrement obséquieuse. Elle est l'animatrice du petit groupe de malades auquel leur état mental permet une certaine activité et une liberté relative. Elle organise des promenades, ou bien se trouve toujours entourée d'une petite cour, au milieu de laquelle elle bavarde et plaisante. Elle s'occupe également des malades plus atteintes, cherche à se rendre utile de toutes les façons. Elle est optimiste, laudative, vante les « bonnes places » occupées par ses fils, les succès scolaires de ses petits-enfants. Elle fait des projets de sortie, cherche un peu à accaparer l'attention. Tout lui sourit ; elle conte volontiers sa vie, insistant sur la façon dont elle a su surmonter les épreuves et les difficultés. En somme, son état durant cette période est celui d'une légère hypomaniaque un peu diminuée par l'âge. Les enfants de la malade se plaisent à retrouver ainsi, avec son activité un peu bouillonnante, la mère hypersthénique qu'ils ont toujours connue.

Puis son caractère se modifie : elle devient agressive, acerbé et même impulsive. Elle se plaint de l'impolitesse des infirmières, qui pénètrent dans sa chambre sans la saluer, discute les ordres de la Sœur du pavillon et même cherche à lui arracher son crucifix en lui disant qu'elle n'est pas digne de le porter. Au moment de la visite, elle s'en prend au médecin, se plaint de manquer de soins et, à propos du décès d'une malade, l'accuse de l'avoir laissée mourir. Mais surtout, notre malade naguère optimiste, se montre maintenant dépressive. Elle pleure sur son sort, sur celui de ses enfants, sur les malheurs du pays. Elle annonce sa fin prochaine ; elle craint que les siens ne puissent se ravitailler. Elle fait preuve d'une modestie, qui contraste avec sa satisfaction coutumière. Elle accuse surtout un sentiment de déchéance irrémédiable d'ineurabilité.

C'est à l'acmé de ces phrases dépressives que surviennent les crises comitiales. Celles-ci sont toujours nocturnes et s'accompagnent d'énurésie ; la phase clonique de l'une d'entre elles a cependant été observée par une de nos veilleuses, dont la formation médicale est suffisante pour que l'on puisse tenir compte de son rapport.

Ces crises comitiales sont suivies d'une période d'excitation au cours de laquelle la malade doit demeurer alitée et se révèle plus ou moins confuse et anxieuse. Cette phase crépusculaire a une durée

variable de quelques heures à quelques jours. Lorsque la confusion se dissipe, la malade se montre à nouveau souriante et enjouée, s'occupe comme précédemment. Elle n'a gardé aucun souvenir de la crise comitiale et de la phase d'agitation qui l'a suivie, mais elle garde un souvenir assez précis des troubles du caractère qu'elle rectifie, s'excusant alors auprès du personnel médical et infirmier, qu'elle a malmené au cours de cette période.

Notre malade offre donc le tableau d'un état pré-sénile évoluant chez une cyclothymique hyperémotive. Les manifestations comitiales pouvaient faire penser qu'il s'agit là de troubles mentaux en rapport avec une épilepsie d'involution sénile ; mais ils ont été précédés d'une longue période dépressive aboutissant à des paroxysmes dépressifs se résolvant à la faveur des crises convulsives. D'ailleurs, notre malade s'est toujours révélée comme une cyclothymique hyperémotive, des périodes de découragement alternant avec des périodes d'hypertonus, ces dernières ayant un caractère nettement prédominant.

Ainsi envisagée, cette observation nous paraît présenter un double intérêt. Ce sont d'abord les rapports, évoqués par Picard, entre la psychose maniaco-dépressive et l'épilepsie qui peuvent être envisagés sous l'angle constitutionnaliste. Cette hyperémotivité évoluant sur un fond de cyclothymie se rapproche quelque peu du complexe « épileptoidie » qui est considéré par Mme Minkowska comme une combinaison : viscosité-explosivité. L'état mental de notre malade rappelle par certains côtés l'état mental des épileptiques, n'y retrouvons-nous pas en effet : la religiosité, l'obséquiosité importune et surtout l'adhérence idéative.

En second lieu, en ces temps de sismothérapie il n'est pas dénué d'intérêt de noter cette amélioration des troubles mentaux en rapport avec des crises convulsives non pas provoquées mais spontanées. De tels exemples d'amélioration de l'état mental coïncidant avec des crises convulsives spontanées ne sont pas très rares. En recherchant dans le champ d'expérience que nous offre la population de notre asile, nous avons pu trouver dans le service du Dr Léculier l'observation d'une schizophrénie périodique dont la guérison d'une phase catatonique a été précédée de deux jours par une crise convulsive.

M. S. Follin a d'ailleurs bâti à point de départ d'une constatation phénoménologique au cours « d'état d'exception comitiale » une hypothèse neuro-biologique présentant la crise comitiale ou ses équivalents comme le témoin d'un sursaut de défense, d'une lutte, d'une exaltation des processus biologiques d'équilibre de l'individu.



**Modifications humorales après électro-choc,**  
par MM. Jean DELAY, R. TARGOWLA et A. SOULAIRAC.

Si, à l'heure actuelle, l'électro-choc a été l'objet d'assez nombreuses études cliniques, peu de travaux d'ensemble ont paru sur les modifications biologiques provoquées par cette thérapeutique convulsivante. Seuls, à notre connaissance, Cerletti et ses collaborateurs (1940) et Forel (1941) ont publié des résultats fragmentaires. Aussi nous a-t-il paru intéressant d'étudier de façon systématique les différentes modifications humorales que l'on retrouve chez les malades après l'électro-choc.

Nos premières recherches, dont nous donnons le détail numérique dans le tableau ci-joint, ont porté sur 12 malades, 7 femmes et 5 hommes, d'âges variables et atteints d'affections diverses, dont nous avons exploré le système neuro-végétatif, la formule sanguine et les modifications humorales proprement dites. Les différents dosages et recherches ont été pratiqués sur les sujets en position couchée, d'une part 5' avant le choc et d'autre part 5' après la fin de la phase clonique.

*A. Système neuro-végétatif.* — 1° L'étude du réflexe oculocardiaque montre que dans la plupart des cas le ralentissement du pouls par pression des globes oculaires s'exagère après électro-choc, atteignant souvent un ralentissement de l'ordre de 20 à la seconde, ce qui semble traduire une augmentation marquée de la vagotonie.

2° Le réflexe solaire, également étudié de façon systématique, ne nous a pas donné de résultats suffisamment cohérents pour permettre une interprétation.

3° L'épreuve de Danielopolu (atropine et orthostatisme) semblait devoir nous apporter des résultats intéressants. Mais nous dûmes interrompre cette recherche en raison de la non-innocuité de la paralysie du X chez des sujets soumis par l'électro-choc lui-même à une phase d'apnée assez importante.

*B. Formule sanguine.* — 1° Les éléments de la série rouge ne présentent pas de variations dans un sens déterminé après le choc électrique et nos recherches sur le nombre des hématies, le taux de l'hémoglobine et la valeur globulaire ne nous ont donné aucun résultat digne de remarque.

2° Par contre, nous avons trouvé des modifications notables de la série blanche. On constate en effet après électro-choc une hyperleucocytose constante, souvent assez considérable, puis-

qu'elle peut atteindre plus du double du taux initial. Cependant il n'est pas apparu que cette hyperleucocytose se manifestât plus spécialement aux dépens de certaines catégories d'éléments blancs. En particulier, nous n'avons pas retrouvé une augmentation des lymphocytes avec abaissement proportionnel des poly-neutro, qui avait été signalée par Mario Felici (1940). D'autre part, chez aucun des sujets étudiés, nous n'avons constaté l'apparition d'hématies nucléées après le choc.

*C. Modifications humorales proprement dites.* — 1° L'étude des glucides nous a confirmé le fait déjà connu qu'il existe de façon constante après l'électro-choc une hyperglycémie qui atteint 1 gr. 20 à 1 gr. 30 %.

2° Nous avons volontairement limité notre étude des lipides au dosage de la cholestérolémie qui ne subit pas de modifications appréciables, nous réservant d'étudier ultérieurement le métabolisme détaillé des divers lipides organiques.

3° C'est l'étude des protides qui nous a permis d'apporter les résultats les plus intéressants : en effet, chez tous les malades étudiés, il se produit après électro-choc une *hyperprotidémie* pouvant atteindre une augmentation de l'ordre de 20 %. Cette hyperprotidémie porte sur le taux des protéines totales du sérum et l'étude séparée des taux de la sérum-globuline et de la sérum-albumine ne permet pas de déterminer de façon précise si l'augmentation prédomine plus spécialement sur l'un ou l'autre de ces éléments. En effet, dans six cas, l'augmentation porte à la fois sur la sérum-albumine et la sérum-globuline ; dans trois cas la sérum-albumine est augmentée avec diminution de la sérum-globuline et dans deux cas l'augmentation porte sur la sérum-globuline avec diminution ou taux inchangé de la sérum-albumine. Il semble cependant que dans la plupart des cas l'hyperprotidémie porte principalement sur la sérum-albumine. Ceci nous explique en particulier l'augmentation fréquente du rapport sérum-globuline.

*Commentaires.* — De cette étude d'ensemble des modifications humorales, il ressort que nous avons constaté après électro-choc :

1° une prédominance du système parasympathique, ainsi qu'en témoignent les modifications du réflexe oculo-cardiaque ;

2° une hyperleucocytose souvent fort importante ;

3° une hyperglycémie ;

4° une hyperprotidémie constante, atteignant jusqu'à 20 %.

Nous n'insisterons pas dans cet exposé sur la prédominance vagotonique dont l'étude demanderait de plus amples investiga-

Diagnostic Sexe et âge	Durée du choc	R. O. C		Solaire		Glycémie en gr. 0/00		Cholestérol en gr. 0/00		Protéines totales en gr. 0/00		Sérine en gr. 0/00		Globuline en gr. 0/00		Rapport S/G		Hématies en millions par mm <sup>3</sup>		Hémoglobine 0/00		Valeur globulaire		Leucocytes		Poly-neutro		Poly-éosino		Poly-baso		Grands mono		Moyens mono		Lymphocytes	
		Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après
Mé... F., 50 ans. Délire paranoïde	50"	64 64	76 60	16-8 14-8	16-8 15-8	0,88	1,24	1,66	1,66	81,2	89,2	46,6	57,6	34,6	31,6	1,34	1,82	4,78	3,91	85	75	0,90	0,96	8.000	15.000	57	64	1	2	-	-	5	5	16	16	21	13
Ra... F., 46 ans. Psychose hallu- cinatoire chro- nique.	56"	56 72	68 76	11,5-6 10-5	11-6 9,5-6	0,85	1,11	1,50	1,66	81,8	99,6							4,32	4,28	75	75	0,87	0,89	7.400	7.200	46	57	7	3	-	-	4	4	10	9	33	27
Pi... H., 48 ans. Mélancolic	1' 12"	62 66	80 72	13-7 13-7	13-7 11,5-8	1,03	1,38	1,58	1,87	84,0	89,2	51,0	54,1	33,0	35,1	1,54	1,54	5,25	5,32	95	95	0,91	0,90	14.000	10.600	60	76	1	1	-	-	4	1	20	14	15	8
La... H., 20 ans. Démence précoce.	40"	84 76	100 80	12,5-8 12,5-8	12,5-8 12,5-8	0,92	1,09	1,50	1,50	92,0	92,2	52,0	53,2	40,0	39,0	1,30	1,37	5,02	4,92	60	75	0,60	0,76	17.400	25.600	77	77	-	-	-	-	3	0	8	1	9	20
Cr... F., 22 ans. Confusion post- puerpérale	1' 10"	96 88	104 84	8,5-4 9,4	8,5-4 10-4	0,93	1,22	1,15	1,15	72,8	75,2	46,5	48,0	26,3	27,2	1,76	1,76	3,52	4,37	80	80	1,14	0,93	13.400	19.600	57	79	0	2	-	-	2	0	18	2	21	17
Ma... H., 25 ans. Démence précoce.	59"	72 56	68 68	13-7 12-7	11,5-5 10,5-5	0,85	0,99	1,57	1,57	80,2	82,8	50,0	52,4	30,2	30,4	1,65	1,72	4,24	4,42	90	75	1,0	0,85	18.600	22.800	64	52	2	4	-	-	12	1	14	29	8	14
Mo... F., 58 ans. Mélancolie.	50"	56 60	80 56	12,5-6 11,5-6	13-6 11,5-6	0,84	1,11	1,50	1,54	74,4	79,2	56,8	52,6	17,6	26,6	3,22	1,97	4,81	4,76	85	70	0,88	0,74	5.400	9.000	46	46	2	6	-	-	5	10	19	7	27	26
Bé... F., 34 ans. Paralysie générale	51"	68 68	72 64	12,5-7 11,5-7	12-7 12-7	0,81	1 09	1,50	1,50	84,4	98,0	48,4	58,4	36,0	39,6	1,34	1,47	4,58	3,95	80	90	0,88	1,15	3.000	10.600	54	37	2	0	-	-	5	3	17	25	18	32
Fe... H., 23 ans. Manie.	58"	72 68	96 72	14-8 13-8	14-8 14-8	0,92	1,08	0,70	0,80	77,4	90,8	53,4	63,5	24,0	27,3	2,22	2,32	4,71	4,97	85	85	0,90	0,86	5.800	12.400	70	54	2	1	1	1	5	4	9	13	12	17
Ca... F., 32 ans. Psychose mania- que dépressive.	45"					0,96	1,10	1,80	1,83	83,6	91,6	59,3	66,0	24,3	25,6	2,44	2,57	4,69	4,72	85	85	0,92	0,90	6.200	10.800	78	64	-	-	0	2	6	3	4	16	10	11
Ma... F., 53 ans. Confusion mentale.	53"	84 72	76 72	16-8,5 14,5-8,5	15-8 12,5-8	0,88	1,10	2,80	2,80	78,8	80,0	46,4	46,8	32,4	33,2	1,43	1,40	3,88	4,45	80	75	1,0	0,85	4.000	7.200	60	60	1	1	0	1	1	6	6	22	32	10
Mo... H., 20 ans. Manie.	49"	64 64	96 80	12-8 12-8	13-7 11,5-7	0,92	1,23	1,50	1,50	77,6	84,0	53,0	55,4	24,6	28,6	2,10	1,90	4,47	4,43	90	80	1,0	0,99	8.600	12.400	51	51	3	1	0	1	10	10	19	14	14	18



tions et nous signalerons que nos constatations sur l'hyperleucocytose et l'hyperglycémie sont en accord dans l'ensemble avec les travaux de Mario Felici et Franz Castellucci (1940). Forel (1941) avait signalé également la constance du taux de l'urée et du cholestérol sanguins après électro-choe. Des variations semblables avaient d'ailleurs déjà été remarquées lors d'études sur les modifications bio-chimiques provoquées par la crise cardia-zolique (Clemens, Laignel-Lavastine, Bargues).

Mais ce qui a particulièrement retenu notre attention, et qui, jusqu'alors, ne semble pas avoir été rapporté, c'est l'augmentation constante du taux de la protidémie après électro-choe. Signalée par Frisch dans l'épilepsie, l'hyperprotidémie a été niée par Parhon et, dans l'ensemble fort important des travaux sur le métabolisme des protéines dans l'épilepsie, on ne peut trouver de donnée définitive. Dans l'épilepsie expérimentale, soit cardia-zolique, soit électrique, nous n'avons pas trouvé mention que de telles recherches aient été effectuées chez l'homme ou chez l'animal. Aussi nous semble-t-il opportun d'insister d'ores et déjà sur l'intérêt de la constatation de cette hyperprotidémie et sur sa signification physiologique possible.

Nous rapprocherons de cette hyperprotidémie nos recherches actuellement en cours sur l'équilibre chloré, montrant dans ce cas une augmentation du Cl globulaire sans modification du Cl plasmatique et une augmentation du rapport chlore érythro-plasmatique, sur les variations de la natrémie et de la kaliémie, montrant une augmentation du Na et une diminution du K sur la réserve alcaline et sur la calcémie.

#### DISCUSSION

M. RONDEPIERRE. — Mes recherches, quoique moins complètes que celles-ci, donnent des résultats du même ordre. Ces derniers, — point intéressant, — rappellent ceux que l'on constate après des crises spontanées. J'insiste en particulier sur une élévation thermique (peu marquée puisqu'elle atteint rarement 38, mais observée dans 50 0/0 des cas environ) dans la soirée qui suit le choe.

M. GUIRAUD. — Les modifications biologiques par électro-choe concordent avec celles que l'on constate dans l'épilepsie spontanée (pression sanguine, leucocytose après la crise). J'ai fait naguère avec Dide sur les crises spontanées des recherches publiées à l'époque dans le *Bulletin de l'Académie de Médecine de Belgique*. Pour la leucocytose en particulier, les courbes sont superposables. Quant à la température, je la fais prendre systématiquement et, comme M. Rondepierre, j'observe assez souvent une élévation thermique à 37°8, 38°.



M. DAUMÉZON. — Chez environ 160 malades traités par l'électro-choe, j'ai constaté dans 50 0/0 des cas un clocher à 38°. Fait intéressant, l'ascension thermique n'est pas immédiate. Il y a parfois une augmentation immédiate légère, mais c'est surtout dans la soirée, vers 17/18 heures, que la température remonte, sans qu'on distingue le mécanisme de cet *intervalle libre* thermique.

M. LHERMITTE. — A-t-on pris le sang pour la leucocytose au doigt ou à la veine ? Les résultats, en effet, ne sont pas les mêmes dans les deux cas.

M. Jean DELAY. — Au doigt. Pour la température, nous avons, nous aussi, constaté une double élévation de température, une première après le choc, une seconde le soir avec polyurie. Il s'agit, pensons-nous, d'un trouble d'origine centrale. D'autre part, l'étude de la tension artérielle montre une ascension après la crise. Récemment, nous avons soumis à l'électro-choe un malade de 61 ans, qui avait une tension maxima à 21. Cette dernière est montée à 24 après le 1<sup>er</sup> choc pour redescendre à 22, soit au-dessus du taux primitif, et monter à 29 après le 2<sup>e</sup> choc. Aussi, avons-nous cessé le traitement chez cette malade.

Pour le réflexe oculo-cardiaque, il y a augmentation du ralentissement. Pour la leucocytose, nous n'avons pas retrouvé le balancement entre les types cellulaires signalés par Mario Felici.

L'hyperglycémie ne dure pas, mais elle existe. Elle se retrouve même avec des équivalents. Donc, ce n'est pas la crise convulsive qui la provoque. Si le cholestérol est stable, on note une hyperprotidémie, s'élevant parfois à 20 0/0, sans hyperazotémie. Le chlore globulaire est augmenté, avec élévation du rapport chloro-globulaire, — chlore plasmatique, le chlore plasmatique restant normal.

D'autres recherches systématiques devront être effectuées. Nous disposons avec l'électro-choe d'un véritable procédé expérimental qui, en dehors de la psychiatrie, peut avoir un intérêt, même en médecine générale.

M. RONDEPIERRE. — Pour appuyer les derniers mots de M. Delay, je signale que j'ai eu l'occasion de traiter une asthmatique, qui a vu ses crises disparaître. Est à étudier également la sédimentation. La question est suivie actuellement dans mon service et y sera l'objet de recherches systématiques. Il semble que les variations soient assez fréquentes.

M. DELAY. — Nous n'avons pas étudié la sédimentation. Pour l'asthme, j'ai eu l'occasion de suivre et traiter une malade à nous adressée par M. Valléry-Radot, mais ce fut sans résultat.

M. GOURIOU. — J'ai constaté, après l'élévation tensionnelle du début, une certaine hypotension, ce qui m'a amené à traiter certains cas d'hypertension par l'électro-choe.

M. GUIRAUD. — Avec les hypertendus, je erois qu'il faut être très prudent. Après le cardiazol, j'ai observé deux ou trois fois une augmentation sensible de la tension artérielle.

M. RONDEPIERRE. — J'ai traité des hypertendus, qui ont remarquablement supporté le traitement. La tension maxima s'élève, en effet, mais c'est transitoire ; la minima reste parallèle.

M. BEAUDOUIN. — Il y aurait intérêt cependant, pour ce qui est de la tension, à comparer ce qui se passe chez les sujets à tension habituellement normale et chez ceux qui étaient antérieurement atteints de troubles tensionnels.

### Quelques points de l'histoire de l'assistance aux épileptiques, par M. Lionel VIDART.

Depuis plus de cent ans la question de l'assistance aux épileptiques revient périodiquement à l'ordre du jour. Au sein même de cette Société, des voix illustres se sont, à diverses reprises, élevées en faveur des comitiaux. Dès 1834, Ferrus, dans son traité « Des aliénés », demandait pour eux dans les asiles un régime spécial et « des refuges à eux seuls consacrés » établis sur le modèle de la ferme Ste-Anne. *Il désirait que le législateur créât pour eux une organisation générale d'assistance.* Lui-même, et d'autres encore, comme Aubanel en 1839, Parchappe en 1853, Delasiauve dans son traité sur l'épilepsie en 1854, luttèrent, mais sans succès, pour tenter de parvenir à ce résultat. Pendant la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, Lasègue, Legrand du Saulle et encore Delasiauve exprimèrent tour à tour l'extrême difficulté à se faire entendre des Pouvoirs publics. Lasègue, en particulier, écrivait en décembre 1877 dans les *Archives générales de Médecine* : « Il y a assez longtemps que j'assiste à cette lutte de l'épileptique contre la misère et de la société contre l'épileptique : j'y ai dépensé mon meilleur vouloir et je suis encore à trouver un homme administratif qui ait prêté l'oreille à ces revendications ». A la séance de la Société médico-psychologique du 28 octobre 1878, Legrand du Saulle, avec sa chaleur habituelle, plaida la cause des épileptiques. Soutenu par Delasiauve il demanda une fois de plus la faveur d'une loi spéciale. A l'issue de cette communication vibrante, un vœu fut émis par la Société. Ce vœu fut sans effet.

Un décret du 10 mars 1881 institua une Commission extra-parlementaire chargée de préparer la révision de la loi de 1838.

L'un de ses membres les plus influents, l'Inspecteur général Lunier, demanda, d'une part, *la création de quartiers destinés aux épileptiques dans le voisinage d'un certain nombre d'asiles*, et d'autre part, « *d'établissements spéciaux où seraient reçus à des prix modérés les épileptiques des deux sexes curables ou incurables* ». Lunier obtint l'adhésion du Parlement mais ce fut cette fois le Gouvernement qui se montra hostile à ses propositions.

D'autres Commissions furent nommées dans la suite. Bourneville fut le rapporteur de celle qui, en 1888, estimait nécessaire la création de quartiers annexes pour les épileptiques adultes et d'établissements spéciaux pour les enfants arriérés ou épileptiques. Cependant, l'initiative privée, rappelons-le, avait déjà tenté de suppléer la carence des Pouvoirs publics. Dès 1857, la famille de Larnage fit l'acquisition du Domaine de la Teppe dans la Drôme pour le céder ensuite à la Communauté de Saint-Vincent de Paul. Les épileptiques devaient y être reçus et traités par le *gallium album* selon le secret tenu par la famille depuis plus de trois siècles. Aux environs de 1860, John Bost, dont les réalisations nous furent rapportées il y a peu de temps par Mme Gagnier-Odier dans sa thèse, fondait successivement à La Force, en Dordogne, un pavillon pour les épileptiques femmes puis un autre pour les hommes.

Administrativement la question restait ici toujours en suspens. Les Commissions succédaient aux Commissions sans que rien ne soit pour cela officiellement réalisé. En somme, de 1834 à 1890, on tendait à vouloir obtenir une législation spéciale pour les épileptiques. On discutait beaucoup autour de la distinction entre l'assistance à donner aux épileptiques aliénés et celle due aux épileptiques non aliénés. Pratiquement rien n'était obtenu en dehors de la recommandation par quelques commissions hospitalières d'aménager pour les épileptiques des quartiers annexes dans certains asiles et hospices.

Aux environs de 1890, sous l'influence des brillantes réalisations de l'étranger, un courant nouveau commençait à se dessiner. Le succès croissant de la colonie de Bielfeld, en Allemagne, impressionnait fortement les esprits. Au Congrès de Lyon, en 1891, Albert Canier portait déjà quelques critiques sur la conception des quartiers d'hospice et d'asile et demandait pour les épileptiques non internables la création « d'institutions autonomes sans rapport de voisinage avec les établissements d'aliénés ». On publiait à l'étranger en 1892 les mémoires

d'Ewart et de Pétersen qui rapportaient avec enthousiasme l'histoire de la fondation des *premières colonies agricoles pour épileptiques*. Dans les *Annales médico-psychologiques*, en 1893, un excellent mémoire de Marandon de Montyel attaquait les quartiers annexes au profit de la colonie autonome. En 1896, dans les *Annales* également, Pétersen écrivait une note sur la fameuse colonie Craig de l'Etat de New-York. En 1902, Vernet, dans sa thèse, faisait l'historique de la question de l'assistance aux épileptiques, consacrait une partie de son ouvrage à l'Hospice Des-saignes, de Blois, mais décrivait aussi les colonies allemandes et américaines. En fait, comme le faisait remarquer Paul Sérieux dans son rapport de 1903 sur l'assistance des aliénés dans différents pays, on reprenait une idée lancée déjà par Ferrus et on réalisait ailleurs un plan déjà conçu ici par Haussmann longtemps auparavant. Celui-ci, Préfet de la Seine, à l'époque, avait esquissé le plan original d'une véritable colonie pour 600 épileptiques avec un domaine agricole, des ateliers pour tous les corps de métiers, des classes, une bibliothèque, une église. Legrand du Saulle disait un jour à la Société médico-psychologique : « M. Haussmann est descendu du pouvoir avant l'heure des « désastres de la France. Son projet n'a été repris par personne. « J'en avais recueilli l'idée. Je viens d'en exhumer le souvenir. » Ce remarquable projet n'eut en effet à l'époque aucun succès mais il fut magnifiquement repris et réalisé à l'étranger. En France, il fallut attendre 1910 — plus de 45 ans après que l'idée d'Haussmann eut vu le jour — pour voir aboutir enfin cette campagne menée avec tant d'ardeur avec la création de la colonie agricole de Chezal-Benoît. C'était enfin, et pour la première fois peut-être, un réel succès. Ce fut aussi malheureusement une grande déception. Ceillier et Vervaeck écrivaient dans l'*Hygiène Mentale* : « Créée par le Conseil général de la Seine grâce à l'énergique « intervention de M. Marie cette colonie était aménagée pour « recevoir des épileptiques et des débiles. Malheureusement elle « a perdu insensiblement sa destination primitive. » Cette colonie, en effet, si remarquable dans son organisation rend incontestablement de grands services mais, régie par la loi du 30 juin 1838, il apparaît tout naturel qu'elle soit surtout faite pour recevoir des aliénés chroniques.

Aussi le problème de l'assistance aux épileptiques apparaissait-il comme non encore résolu à beaucoup d'esprits avertis. Il n'avait pas été possible, en France, ni même ailleurs, de réaliser le vœu émis avant la guerre de 1914 par la Ligue internationale

contre l'épilepsie, à savoir la création dans chaque zone de 6 à 10 millions d'habitants, d'un hôpital spécialisé, centre d'études biologiques et de traitement, précoce, d'une colonie agricole et de quartiers spéciaux destinés aux épileptiques aliénés.

A l'Hôpital Henri-Rousselle un effort des plus intéressants a été réalisé. M. le Docteur Marchand suit régulièrement à sa consultation un grand nombre de malades qui reçoivent gratuitement les médicaments nécessités par leur état et dont s'occupe le service social de l'Hôpital.

M. Ceillier enfin, à deux reprises différentes, en 1926 tout d'abord à la Société de psychiatrie, puis en 1927 avec Vervaeck dans l'*Hygiène Mentale*, signalait une fois de plus la grande détresse morale des épileptiques et demandait instamment l'organisation d'urgence d'une assistance par le travail. « Sans être en mesure de soumettre un plan précis » — selon sa propre expression — il voulait que l'on donnât aux comitiaux l'occasion de gagner leur vie, « occasion qu'ils ont vainement cherchée dans les cadres habituels du travail industriel ». A notre tour, dans notre thèse inaugurale consacrée en 1937 à l'étude des tendances actuelles de l'assistance psychiatrique dans le monde, nous déplorions l'absence dans notre pays d'établissements spécialisés comparables à ceux de la Suisse et des pays Scandinaves. Enfin, tout récemment, L. Anglade et Colomb dans la *Gazette des Hôpitaux* demandaient que l'assistance aux épileptiques s'inspirât des principes de l'assistance aux tuberculeux et aux vénériens à l'aide de dispensaires régionaux et de services sociaux avec assistantes spécialisées.

Nous allons maintenant très brièvement vous faire connaître, dans un simple but d'information, une récente réalisation médico-sociale : le chantier d'épileptiques de Gennevilliers.

#### Un an de fonctionnement du chantier d'épileptiques de Gennevilliers, par M. Lionel VIDART.

Au mois de juin 1941, nous avons été chargé par le Docteur Ménétrier, alors Directeur du Service Médical du Commissariat à la lûte contre le chômage, d'examiner certains chômeurs atteints de troubles neuro-psychiatriques. Il s'agissait d'apprécier leur capacité de reclassement professionnel. Très rapidement nous avons été amenés à sélectionner parmi eux un certain nombre de sujets réduits au chômage par la seule existence



de leurs crises comitiales : 60 % des chômeurs examinés à cette consultation spécialisée étaient en effet des épileptiques. L'histoire avait montré qu'il était difficile d'organiser l'assistance aux épileptiques sous le seul signe de l'assistance médicale. Serait-il plus facile de parvenir à ce résultat en se plaçant à un autre point de vue, *celui de la résorption du chômage des comitiaux* ? L'épileptique, on le sait depuis longtemps, est capable de travailler. Le travail physique, à lui seul, améliore le plus souvent l'état de l'épileptique. Puisqu'aussi bien, inspiré par un esprit social averti, on envisageait, dans les milieux de l'équipement national, la création de certains chantiers destinés aux sujets physiquement diminués, *pourquoi ne pas tenter d'assurer à l'épileptique une vie normale en lui permettant de travailler régulièrement et de recevoir les soins nécessités par son état* ? Ces principes généraux furent à l'origine de notre proposition, faite à la Direction médicale, dès le mois de juillet 1941, de créer à titre d'essai un chantier spécialement réservé aux chômeurs comitiaux. Au mois d'octobre de la même année, M. Jean-Jacques Heilmann, alors Directeur du Commissariat à la lutte contre le chômage, nous demandait un projet détaillé sur l'organisation médicale de ce chantier « spécial ». Et quelques mois après, grâce à son magnifique esprit social, un terrain de six hectares était mis à notre disposition. Le 1<sup>er</sup> avril 1942, le chantier spécial de Gennevilliers était officiellement mis en route.

L'organisation technique et administrative du chantier que nous ne pouvons envisager ici est celle des autres chantiers du Commissariat devenu depuis quelque temps l'Office du Reclassement professionnel de la main-d'œuvre rattaché au Secrétariat d'Etat au Travail. Au moment de leur embauche, les sujets sont examinés et, suivant la fréquence de leur crise, suivant leur état physique, suivant leur âge aussi, ils sont classés en différentes catégories qui permettent au chef de chantier de les utiliser rationnellement. Les plus vigoureux sont occupés à des travaux de terrassement léger. Il s'agit de mettre en état ce terrain pour faire des jardins ouvriers. Les plus faibles jardinent sur le terrain déjà préparé ou sont chargés des services intérieurs du chantier : magasin, bureaux, cuisines, réfectoire, etc... *Les hommes sont rémunérés comme des travailleurs normaux au tarif horaire de 9 fr. 25 auquel s'ajoutent des primes d'encouragement.*

Chacun d'eux possède un dossier médical complet : les accidents de nature comitiale qui surviennent sur le chantier et à l'extérieur y sont jour par jour soigneusement notés. Les médicaments anti-épileptiques usuels, gardénal, di-phényl-hydan-

toïne, di-phényl-hydantoïne de soude, sont mis gratuitement à la disposition des travailleurs et leur sont distribués sur place à plusieurs reprises dans la journée. La surveillance, les soins médicaux d'urgence, la distribution des médicaments sont assurés par des infirmiers spécialisés. Le contrôle médical est effectué quotidiennement. Une infirmerie est agencée de façon à pouvoir recevoir plusieurs sujets en crise ou en imminence de crise. Dans ces conditions d'organisation du travail de l'épileptique, la crise ne devient plus l'accident redoutable, cause inéluctable du renvoi et du chômage forcé mais l'incident banal, prévu, attendu, qui le rend souvent seulement indisponible pendant quelques instants. Sur les 70 hommes occupés aujourd'hui sur ce chantier, 60 d'entre eux travaillent dans des conditions sensiblement normales. 10 seulement sont atteints d'une forme de comitialité plus grave. Malgré cela le travail s'effectue dans de bonnes conditions et le rendement lui-même n'est paraît-il pas loin d'être celui obtenu sur un chantier ordinaire. Ajoutons que ces hommes prennent seulement sur le chantier le repas de midi et que chaque soir ils ont la joie de rentrer dans leur famille. Le service d'entraide et de liaison s'occupent des cas sociaux particulièrement intéressants. Un service juridique enfin est également mis à leur disposition.

Nous avons eu, il faut le dire, à déplorer deux décès. L'un par asphyxie, qui succéda à une crise survenue au cours du repas. Il fut impossible, malgré les efforts tentés immédiatement, d'extraire en totalité de la trachée les débris alimentaires qui s'y étaient introduits. L'autre par noyade d'un travailleur qui avait réussi à tromper la surveillance d'un des infirmiers pour aller se laver les pieds dans une mare voisine du terrain où il était occupé. Nous avons renforcé encore le dispositif de protection et nous ne pensons pas qu'un accident de ce genre puisse à nouveau se produire.

Les bagarres au début furent relativement fréquentes. Elles ont été sanctionnées sévèrement et ont complètement cessé depuis plusieurs mois déjà. Maintenant le calme règne sur le chantier.

Depuis un an, cinq d'entre eux seulement furent hospitalisés d'urgence au service libre de la Clinique. Je remercie particulièrement mon maître et ami, le professeur agrégé Jean Delay, pour la facilité avec laquelle il a permis à ces malades d'entrer dans son service. Un seul d'entre eux y fit un séjour assez prolongé pour un état dépressif atypique. Les autres y restèrent pendant peu de temps soit pour un état de mal rapidement jugulé, soit pour des états subconfusionnels passagers.

Les résultats thérapeutiques nous paraissent dans l'ensemble également très intéressants. Nous nous proposons dans une communication prochaine de revenir en détail sur cette question. Avant d'en finir aujourd'hui, nous voudrions exprimer ici notre profonde reconnaissance au Professeur Baudouin, au Professeur Claude, au Professeur agrégé Jean Delay au Docteur Marchand qui nous ont encouragé en nous honorant de leur confiance. Nous prions enfin les membres de la Société de nous excuser d'avoir si longtemps retenu leur attention. Mais nous avons pensé utile de leur faire connaître l'existence du chantier de Gennevilliers qui pourra peut-être un jour rendre service à l'un ou l'autre de leurs malades.

#### DISCUSSION

M. DAUMÉZON. — La communication historique qui nous est présentée pose des problèmes d'assistance très importants et débordant le cadre de l'assistance aux épileptiques. Instituer pour les épileptiques, au nom de leur épilepsie, un mode d'assistance spécial fondé juridiquement sur une loi spéciale, serait condamner les asiles ou hôpitaux psychiatriques à devenir à bref délai, lorsque les cyclothymiques et les parkinsoniens, les déments artériopathiques et les émotifs, auraient obtenu leur loi particulière, un réceptacle de chroniques. Je crois au contraire à la nécessité de modifier suffisamment les établissements de cure psychiatrique afin qu'ils puissent recevoir et traiter sans les effaroucher toutes les catégories de déficiences psychiques, au premier rang desquelles figureront les épilepsies.

Une loi ou une réglementation spéciale en faveur des épileptiques, malgré les sympathies que l'on peut avoir pour les idées humanitaires qui la dictent, serait parfaitement inutile. Il est d'ailleurs toujours dangereux de faire dépendre l'application des lois d'un diagnostic.

Quant à la création de chantiers du type qui nous est proposé, elle paraît fort intéressante et extrêmement utile pour recevoir les épileptiques indemnes de troubles mentaux. Malheureusement, on ne saurait envisager de telles créations en province. La difficulté que rencontrent les épileptiques à se reclasser socialement est celle que l'on trouve à la base de la non-intégration de tous les déficients. Elle est aggravée par la standardisation des obligations et garanties qui pèsent sur tout employeur et qui empêchent celui-ci d'utiliser des sujets spécialement dangereux ou seulement d'un rendement médiocre. Il conviendrait peut-être d'émettre le vœu que les lois sociales prévoient des exceptions en faveur ou à l'égard des sujets déficients qui pourraient volontairement abandonner les garanties de ces lois pour pouvoir trouver du travail.

M. GOURIOU. — M. Ceillier est intervenu il y a quelques années dans la question de l'épilepsie. Je me demande si l'on n'est pas en train d'organiser l'épilepsie comme les autres fléaux sociaux, la tuberculose en particulier. C'est une tendance critiquable. Les épileptiques doivent, pour un grand nombre d'entre eux, rester à l'asile, — un asile spécial au besoin avec un vaste terrain de culture. En réalité, il faudrait surtout lutter contre l'alcoolisme... et un emploi moins fréquent du forceps dans les accouchements.

M. HENRI CLAUDE. — Cette question touche à tous les problèmes sociaux. C'est une question d'entraide sociale. Souvent, l'épileptique est mis dans l'impossibilité de gagner sa vie. J'ai visité autrefois à l'étranger un village pour épileptiques, dans lequel on trouvait tous les genres d'activité. Le fonctionnement paraissait satisfaisant. L'effort signalé par M. Vidart est intéressant. Je crois tout de même qu'il faut mettre à part les épileptiques dans les problèmes d'assistance.

M. FRIBOURG-BLANC. — L'assistance des épileptiques doit s'étendre à bien d'autres catégories. C'est le problème de l'assistance aux petits mentaux.

M. MARCHAND. — Parmi les épileptiques, certains, et ce sont la plupart de ceux qui ne sont pas internés dans les hôpitaux psychiatriques, peuvent mener une vie normale en dehors de leurs crises. Ce sont des malades que nous voyons dans les consultations externes. Plusieurs sujets qui suivaient ma consultation à l'Hôpital Henri-Rousselle et qui avaient été renvoyés de leurs places à cause de leurs crises travaillent maintenant au chantier d'épileptiques de Gennevilliers. Je peux ainsi apprécier les bons résultats obtenus par M. Vidart, car je revois ces malades de temps en temps à la consultation. Ils se montrent très satisfaits de pouvoir mener une vie normale sans avoir l'inquiétude d'être remerciés de leur emploi s'ils ont une crise. Un autre avantage de l'organisation du chantier est le suivant : les travailleurs restent sous la surveillance médicale ; si l'un d'eux présente le moindre trouble mental, M. Vidart le dirige immédiatement sur l'Hôpital Henri-Rousselle, où une décision est prise. Le fait s'est produit ces jours-ci pour un travailleur qui présentait un léger accès confusionnel post-paroxystique. Après une courte hospitalisation à l'hôpital, il a repris son travail à Gennevilliers.

M. GUIRAUD. — Comment réprimez-vous les bagarres ?

M. VIDART. — On a recours aux mises à pied, aux suppressions de prime de rendement, etc...

M. GOURIOU. — A-t-on prévu quelque chose pour les femmes ?

M. MARCHAND. — Les femmes gagnent leur vie, ou restent dans leur ménage.

M. Jean DELAY. — Cette organisation est intéressante pour les malades ne présentant pas de troubles du caractère.

M. BRISSET. — En fait, il faut distinguer trois sortes d'épileptiques : 1) ceux qui sont internés ; 2) ceux qui peuvent jouir d'une certaine liberté comme à Blois ou à Moulins ; 3) les épileptiques, sans troubles mentaux, qui peuvent rester complètement libres.

M. BEAUDOUIN. — Je crois qu'on peut retenir la classification de M. Brisset et qu'il faut intégrer cette question dans celle, plus générale, des insuffisants sociaux.

### Codéinomanie, par M. Paul CARRETTE.

Vers 1937, le Bureau international des stupéfiants, fonctionnant à Genève posait au Professeur H. Claude la question des intoxications par la codéine. Soumise à notre Société elle n'a pas retenu longuement l'attention. Plusieurs auteurs, dans leur intervention, ont reconnu que la codéine n'était guère honorée par les toxicomanes et nulle objection ne s'est élevée contre leur affirmation.

Les intoxiqués que j'ai observés ont eu recours à la codéine comme toxique de substitution. Privés de leur excitant habituel, ils utilisaient les sels injectables, et de préférence le bromure, en ampoules de 4 centigrammes pour 1 ou 2 centimètres cubes. Certains sont arrivés à 60, 80 ampoules par jour, soit 2 gr. 50 à 3 grammes de produit. L'effet obtenu est rapide, mais fugace. Le patient privé de morphine ou d'héroïne se calme avec 4 ou 5 ampoules. Au bout d'une heure et demie, deux heures, tous les symptômes pénibles réapparaissent ; nouvelle piqure et ainsi de suite. La constipation devient rapidement très tenace. Parfois on observe des troubles circulatoires assez spéciaux : prurit intense avec congestion des extrémités, œdème des doigts, dur, persistant quelques heures mais ces troubles sont peut-être imputables au bromure.

Les fortes doses employées sont en réalité peu toxiques. En effet qu'est-ce que la codéine ? Comme les autres alcaloïdes tirés de l'opium, elle a un noyau chimique  $C^{16}H^{16}NO <$  dont les deux valences libres sont remplies par un radical alcool secondaire  $CHOH$  et une fonction méthylée combinée à un radical phénol  $OCH^3$ . En partant de la morphine  $C^{16}H^{16}NO < \begin{smallmatrix} CHOH \\ OH \end{smallmatrix}$ , la codéine

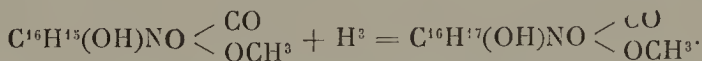


est donc la méthylmorphine. Or, l'adjonction de cette fonction méthyl réduit considérablement le pouvoir toxique. Dans la pratique on estime que la dose de codéine doit être 10 fois plus forte que celle de morphine pour obtenir un même effet. Un toxicomane dira que son intensité est supérieure au dixième, mais non sa durée d'action.

Le sevrage s'accompagne des symptômes habituels. Si les accidents cardiaques ne sont guère à redouter, les difficultés résultant de l'insomnie, des sueurs, des crises sympathiques digestives des algies des membres restent entières.

On fera observer que la question n'est pas actuelle, que le contingentement est rigoureux. Il faut pourtant compter avec l'ingéniosité des toxicomanes. Une de nos malades remplace une certaine quantité de bromure de codéine par la diocamphine qui contient de la codéthylène et se présente sous une forme simple et une forme renforcée dite chirurgicale et contenant de la scopolamine. La malade déplore la nécessité d'utiliser des quantités considérables de liquide, d'où la perte effective résultant de la dilution et les placards d'induration. Elle réclame donc une solution plus concentrée, une codéine renforcée, car elle estime que la codéine a un effet euphorisant très supérieur à la morphine.

Ce produit existe. Si dans la codéine  $C^{16}H^{16}NO \begin{smallmatrix} < \\ \text{CHOH} \\ \text{OCH}_3 \end{smallmatrix}$ , nous remplaçons la fonction alcool par la fonction cétone, nous obtenons la codéinone  $C^{16}H^{16}NO \begin{smallmatrix} < \\ \text{CO} \\ \text{OCH}_3 \end{smallmatrix}$ , laquelle, par substitution d'un radical (OH) à l'hydrogène et la double hydrogénisation donne :



C'est la dihydrooxycodéinone ou eubine. On conçoit que ces réactions toutes théoriques seraient d'un maigre intérêt dans l'application courante, mais il existe un autre procédé pour obtenir l'eubine. Il consiste à traiter un alcaloïde de l'opium, dépourvu de propriétés physiologiques intéressantes, la thébaïne  $C^{16}H^{15}NO \begin{smallmatrix} < \\ \text{COCH}_3 \\ \text{OCH}_3 \end{smallmatrix}$  qui, débarrassée d'un radical méthyl et oxygénée donne l'oxycodéinone qu'il suffit de dihydrogéner.

L'eubine réalise pratiquement une codéine très renforcée dont l'action est surtout manifeste sur le système cardio-pulmonaire.

Ses qualités sédatives et euphorisantes sont connues. Ses effets sont, à dose égale, deux fois moins durables que ceux de la morphine, mais le fait importe peu au toxicomane qui recherche la sensation. L'eubine a heureusement été inscrite au tableau B. Par elle les produits du type physiologique de la codéine risquent d'entrer dans le cycle des toxicomanies. Des procédés sont à l'étude pour la combiner à des substances qui renforcent son action. Nous avons eu l'occasion d'observer quelques cas d'intoxication sérieux et nous avons cru utile de le signaler.

**Excitation maniaque et troubles endocriniens,**  
par M. X. ABÉLY.

J'ai voulu vous présenter avant toute recherche biologique et toute tentative thérapeutique une malade tout récemment entrée dans mon service. Ce cas paraît équivaloir à une véritable expérimentation endocrinienne :

Mme V..., âgée de 32 ans, a subi, en avril 1942, pour un fibrome utérin, une hystérectomie totale. Toute réserve faite sur la possibilité d'un certain déséquilibre antérieur, cette malade n'avait jamais présenté de troubles mentaux. Quelque temps après l'intervention est apparu, en même temps que les petits accidents habituels de la castration, un état de dépression et d'émotivité, qui a dû nécessiter au bout de quelques mois un traitement de suppléance ovarienne. Cette malade a reçu, depuis le mois d'avril 42 jusqu'au mois de mars 43, des injections de cinq milligrammes de benzogynœstril, d'abord tous les deux jours pendant plus d'un mois, puis progressivement espacées. Il y a trois semaines environ, s'est alors développé un état d'excitation psychique de plus en plus marqué avec désordre des actes, dépenses inconsidérées, tendances érotiques (alors que cette femme était jusque-là particulièrement frigide). L'internement s'est imposé et la malade est actuellement dans un état maniaque typique avec quelques éléments confusionnels. Cette excitation nous paraît relever du traitement folliculinique, peut-être trop intense et trop prolongé. Bien que les injections aient été interrompues dès le début de cet état maniaque, l'action hormonale se fait sentir encore. L'effet persévérant et par conséquent cumulatif des injections de folliculine est un fait qui a déjà été noté par des observateurs. Je me propose de pratiquer les tests de fonctionnement ovarien et hypophysaire indispensable à connaître dans le cas et à instituer ensuite le traitement qui me paraît particulièrement indiqué de lutéine ou de testostérine.

Je vous en ferai connaître les résultats...

## DISCUSSION

M. LIERMITTE. — M. Hamburger a présenté il y a quelques mois un cas analogue. Il a pu doser la folliculine avant, pendant et après le traitement. Il a noté des troubles neuro-végétatifs avec polyurie et polydipsie. J'ai moi-même vu des malades qui, au moment des règles, étaient atteintes de cataplexie. Chez l'une d'elles (une femme de 40 ans qui entrait en hypnose tous les 28 jours), j'ai trouvé une tumeur de l'hypophyse. Une autre, une fillette de 15 ans, présentait, quelques jours avant les règles, une polyphagie énorme. Traitée par la lutéine, elle a guéri. Chez une troisième, j'ai observé une polydipsie au moment des règles, surtout centrée sur l'alcool. Que se passe-t-il au moment des règles ? Les travaux actuels ne peuvent le dire exactement. La folliculine et la lutéine seraient peut-être moins en cause qu'un état spécial de la muqueuse utérine au moment de la desquamation.

M. GUIRAUD. — Il est probable que, dans le cas en question, certaines régions du système nerveux se trouvaient déjà légèrement lésées. La folliculine, d'ailleurs, ne s'accumule pas. Or, les troubles mentaux ne sont apparus qu'au bout de plusieurs mois.

M. GOURIOU. — J'ai observé récemment une maniaque pour laquelle j'ai pensé à une hyperfolliculinémie. Or, j'ai appris que cette malade avait eu un an auparavant les oreillons. Or, après cette infection, on a effectivement signalé de l'hyperfolliculinémie, et plus particulièrement une hémoptysie cataméniale, calmée par lutéine, insuline et acétate de testostérone.

M. BEAUDOUIN. — J'ai observé naguère une malade d'une vingtaine d'années, qui avait subi une hystérectomie et présentait assez fréquemment de petites crises de manie. Un traitement par hormovarine a provoqué chez elle un état maniaque qui a duré cinq mois. Depuis, en dehors de quelques petites phases d'excitation (en particulier au moment de la mobilisation), elle n'a plus refait d'accès.

La séance est levée à 17 heures 30.

*Les secrétaires des séances :*

Paul CARRETTE et Pierre MENUAU.

---

Séance du Lundi 12 Avril 1943

---

Présidence : M. H. BEAUDOUIN, président

---

### Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du 22 mars 1943 est adopté.

### Correspondance

La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le Docteur Hugues RIVIÈRE qui demande à faire partie de la Société Médico-psychologique au titre de *membre correspondant national* ; une commission, composée de MM. LAIGNEL-LAVASTINE, VIÉ et LARGEAU, *rapporteur*, est désignée pour l'examen de cette candidature : le vote aura lieu à la séance du 24 mai.

### Election d'un membre titulaire

Après lecture du rapport de M. J. PICARD, au nom d'une commission composée de MM. René CHARPENTIER, H. CLAUDE, A. DELMAS, N. PÉRON et J. PICARD, *rapporteur*, sur la candidature de M. Paul COSSA à une place de *membre titulaire* non résidant, il est procédé au vote.

Nombre de votants .....	22
Majorité absolue .....	12

A obtenu :

M. COSSA .....	22 voix.
----------------	----------

M. le Docteur Paul COSSA, neuro-psychiatre des hôpitaux de Nice, ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris, est élu *membre titulaire* de la Société médico-psychologique.

## COMMUNICATIONS

**L'épuisement des lipides de l'organisme dans la pathogénie des œdèmes cachectiques, corroboré par l'épreuve thérapeutique, par M. P. et M<sup>lle</sup> C. CHATAGNON.**

Le problème des cachexies chez les psychopathes pose de multiples questions d'ordre bio-chimique, nous en avons entrepris l'étude avec Camille Chatagnon dès avant 1939. En juillet 1941, nous attirions ici même l'attention sur les caractères des œdèmes cachectiques à propos d'accidents ostéomalaciques survenus chez une oligophrène. Depuis lors, notre expérience de la cachexie par insuffisance alimentaire fait une longue carrière et nous inspire un pénible et douloureux sentiment d'impuissance.

Parmi les symptômes des états cachectiques, les œdèmes sont parmi les plus constants, les plus fidèles (œdèmes des membres, du tronc et de la face, œdèmes viscéraux). La plupart de ces œdèmes résistent aux thérapeutiques classiques mais disparaissent par la reprise d'un régime alimentaire suffisant. Nous appliquant à rechercher parmi les constituants du régime les éléments qui agissent le plus favorablement sur la résorption ou la disparition des œdèmes, nous avons trouvé que les lipides avaient une importance capitale, et cette importance fut démontrée par l'épreuve thérapeutique : chez nos cachectiques œdémateux et alités, nous avons pratiqué une injection sous-cutanée quotidienne de 5 ou 10 cm<sup>3</sup> d'huile camphrée à 10 p. 100, pendant des périodes de 5 ou 10 jours, renouvelées à intervalles variables ; nous avons alors assisté à la diminution rapide et à la disparition totale des œdèmes, quel que soit le stade de la cachexie. Citons deux cas parmi beaucoup d'autres :

*1<sup>er</sup> cas.* — Mme R., âgée de 55 ans, entre en déc. 1934 pour un état d'excitation psychique avec idées délirantes polymorphes à thèmes hypochondriaques, syndrome d'influence, etc. Ces troubles sont depuis stabilisés. Traitée pour accidents syphilitiques en 1918 ; les troubles mentaux ont éclaté en 1933. Les réactions humorales sont actuellement négatives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Le poids à l'entrée est de 64 kg., il s'élève à 73 kg. 8 en avril 1940 et tombe à 36 kg. 5 en mars 1943. Les œdèmes apparaissent en novembre 1942, discrets aux membres inférieurs, puis s'accroissent, résistant aux thérapeutiques classiques et au régime hypo-chloruré ; le 10 février 1943, ils se compliquent de placards inflammatoires provoqués par excoria-



tions cutanées de grattage. L'injection d'huile camphrée amène en dix jours la résorption des œdèmes et la guérison des placards inflammatoires. (Les urines ne renfermaient pas d'éléments anormaux).

2° cas. — Mme Le N., âgée de 34 ans, entre le 13 novembre 1939 pour mélancolie anxieuse et délirante s'accompagnant d'un syndrome hallucinatoire très net. Evolution des troubles : comportement opposant et impulsif avec phases de semi-mutisme et grande activité délirante. Examens biologiques : Bordet-Wassermann négatif. Pas d'éléments anormaux dans les urines. Taille : 1 m. 61. Poids à l'entrée : 70 kg. 200 ; en décembre 1940 : 50 kg. ; en décembre 1941 : 35 kg. 800 ; en septembre 1942 : 32 kg. 300 ; en décembre 1942 : 34 kg. Œdème discret des membres inférieurs apparu en décembre 1942 et allant en s'accroissant. Injections de 5 et 10 cc. d'huile camphrée du 9 au 19 février : les œdèmes disparaissent dès la cinquième injection d'huile, soit 25 cc. d'huile, mais le degré très avancé de la cachexie n'empêche pas l'issue fatale en pleine adynamie le 19 février 1943. Fait digne d'être noté : dès la deuxième injection d'huile, la malade jusqu'alors en semi-mutisme, immobile et très affaiblie, réclame avec ferveur ses « piqûres », elle supplie qu'on lui en fasse deux plutôt qu'une, l'opposition s'est transformée en douce prière : exemple remarquable de la détermination d'un état de besoin sous-tendu par les sensations organiques déterminées par le métabolisme des lipides dont l'organisme était privé.

S'il est en effet solidement établi depuis les études datant de la première guerre mondiale (1914-1918) que ces œdèmes de famine sont sous la dépendance surtout des déséquilibres protéidiques dont la signature est fournie par l'hyposérinémie habituelle avec baisse du rapport S/G, élévation de l'N résiduel du sérum et intégrité des fonctions rénales, il n'en reste pas moins que les facteurs déterminant de tels états sont multiples et que les complexes gluco- et surtout lipo-protéidiques jouent un rôle, comme nous le prouve l'épreuve thérapeutique que nous signalons.

CONCLUSIONS. — Nous montrons : 1° la facilité de résorption des œdèmes cachectiques de famine par les injections de petites quantités d'huile végétale dont l'action est opérante quel que soit le stade d'évolution de la cachexie (on pourrait tout aussi aisément obtenir le même résultat heureux par l'ingestion d'huile végétale ou animale) ; l'épuisement des lipides de l'organisme joue donc un rôle certain dans la pathogénie des œdèmes de famine ; 2° l'extériorisation par cette thérapeutique d'un état de besoin.

## DISCUSSION

M. PICARD. — Bien que l'œdème relève essentiellement d'une carence protido-lipidique, nous avons pu avec Ey constater l'influence du régime déchloruré. Notons, d'ailleurs, qu'actuellement les œdèmes ont disparu du service.

M. LHERMITTE. — En Allemagne, les auteurs qui, en 1916-1917, avaient décrit le « Hunger œdem » avaient surtout insisté sur le rôle des restrictions protidiques. En 1942, à Paul-Brousse, j'ai constaté des œdèmes massifs, sans troubles rénaux ou cardiaques. Ni le repos, ni le régime n'avaient d'action. Par contre, la guérison survenait avec le régime lacté intégral, mais on observait des récurrences ultérieures. A quoi est due l'apparition électorale des œdèmes sur certains sujets ? On ne sait pas. Il n'y a aucun rapport avec l'hypoglycémie. Par ailleurs, l'œdème coïncidait parfois avec des polyuries étonnantes. Il s'agit en fait surtout de troubles généraux du métabolisme.

M. GUIRAUD. — Le chlorure de calcium, à la dose de 6 à 8 grammes, a parfois une bonne action, mais à condition d'alimenter largement les malades. A ce titre, on peut regretter des interventions du genre de celle qui s'est produite récemment à l'Académie de médecine sur le régime des aliénés.

M. LHERMITTE. — Sur ce point, je puis vous donner l'assurance que l'Académie de médecine est saisie de la question.

**Les luxations récidivantes de la mâchoire au cours  
de l'électro-choc, par MM. G. DAUMÉZON et P. DELAMARRE.**

La luxation du maxillaire inférieur au cours des crises d'épilepsie est une complication d'une fréquence relative et connue aussi bien des aliénistes que des chirurgiens. Il est donc tout à fait normal que cet incident survienne comme complication des traitements convulsivants et de fait, de nombreux auteurs, Claude, Laignel-Lavastine, Abély, l'ont signalé au cours des crises provoquées par le cardiazol. Cependant, il nous a semblé que cet incident était un peu plus fréquent au cours du traitement par électro-choc ; en effet, dans une série de 160 malades environ, nous avons observé chez huit d'entre eux des luxations de la mâchoire se produisant à chaque crise, soit un pourcentage de 5 % environ, alors qu'avec le cardiazol le pourcentage était de 2 %. Mais sans doute s'agit-il là d'une « série » car ce pourcentage indiqué par d'autres auteurs est beaucoup moins élevé que

le nôtre : 2 à 3 %. Notons, par ailleurs, que parmi nos huit malades il y a quatre hommes pour 40 malades et 4 femmes pour 120 malades, alors que ces chirurgiens s'accordent pour constater la fréquence plus grande chez la femme que chez l'homme.

Cette luxation du maxillaire se produit au cours du bâillement spasmodique qui marque le début de l'accès convulsif. C'est un accident de la phase tonique, les muscles masticateurs n'étant jamais le siège de mouvements cloniques. Elle peut se produire même s'il s'agit d'une crise retardée.

Au point de vue clinique les signes sont trop connus pour que nous insistions : bouche béante que le malade est incapable de refermer, les arcades dentaires sont distantes de 3 à 4 cm., le menton est projeté en avant, la salive s'écoule librement. La palpation montrerait en avant du conduit auditif externe une dépression répondant à l'articulation temporo-maxillaire et en avant de cette dépression une saillie : le condyle déplacé.

Cette luxation est toujours bilatérale, elle s'accompagne parfois de craquements mais jamais de douleurs. Bien entendu les malades n'en conservent aucun souvenir et se montrent très étonnés lorsqu'on les interroge à ce sujet, car il faut noter que dans les huit cas que nous avons observés jamais la luxation ne s'était produite jusqu'alors et jamais elle ne s'est présentée depuis, en dehors des crises provoquées au cours des 10 mois qui ont suivi nos premières observations.

La pénurie de films radiographiques ne nous a pas permis de prendre des clichés, au cours même de ces luxations. Il est peu vraisemblable qu'ils nous eussent révélé des anomalies condyliennes ou des lésions temporales, la laxité capsulaire et ligamentaire étant actuellement admise par les chirurgiens comme la déterminante fondamentale de ces phénomènes. L'extension plus ou moins antérieure des insertions du muscle di-gastrique paraissant jouer un grand rôle.

Par contre, nous avons pu constater chez nos divers malades un certain nombre de caractères communs dans l'aspect du visage. La forme générale est en ovale assez allongé, les méplats sont effacés, l'angle formé par la branche montante du maxillaire et la branche horizontale est plus ouvert que la normale, et enfin il existe un léger prognathisme du menton. Dans l'ensemble, le profil morpho-psychologique correspond au type que Cornman a décrit sous le nom de rétractés latéraux de base.

La réduction de ces luxations est extrêmement simple et offre peu de difficulté : les pouces appuyant sur les molaires posté-

rieures, les doigts embrassent le bord inférieur de l'angle du maxillaire, le condyle est alors abaissé au-dessous de la racine transverse, et cet abaissement étant obtenu il suffit de repousser la mâchoire en arrière pour ramener le condyle dans sa position normale. Cette réduction se fait assez souvent en deux temps, l'un des condyles, toujours le même, se réduisant plus facilement que l'autre, ce qui permet de penser que la luxation, quoique bilatérale n'est pas synergique. La facilité de cette réduction, aidée par le relâchement musculaire post-critique, rend inutile toute tentative chirurgicale (1) d'autant plus que la luxation ne se produit pas en dehors des crises.

Au point de vue prophylactique, soulignons qu'il est préférable de s'abstenir de moyen de contention, tel qu'une mentonnière, qui gênerait le malade au moment de la reprise de la respiration. Signalons d'ailleurs une petite manœuvre qui permet d'éviter fréquemment la production de la luxation ; elle consiste simplement à faire serrer fortement le tampon destiné à empêcher le malade de se mordre la langue, le bâillement initial ne se produit pas et, partant, l'accident qui en découle.

#### DISCUSSION

M. CHATAGNON. — L'intéressante communication de MM. Daumezon et Delamarre prouve que les thérapeutiques dites de « choc » ont quelques inconvénients apparents. Les luxations traumatiques de la mâchoire peuvent avoir, chez les sujets prédisposés ou non, des conséquences lointaines, ordinairement non négligeables. Aussi demanderais-je aux présentateurs s'ils estiment que les résultats obtenus au point de vue psychiatrique chez leurs malades justifient les accidents qu'ils viennent de signaler ?

M. BEAUDOUIN. — Sur 110 malades traités par moi, j'ai observé 9 luxations de la mâchoire (soit dans moins d'un dixième des cas). La luxation se produit surtout au cours des premiers chocs. Pour l'éviter, on utilise avantageusement la contention du maxillaire inférieur avec une serviette. La luxation vaut largement, à mon avis, d'être risquée. Actuellement, je n'ai pratiquement plus d'anxieuses dans mon service depuis l'emploi de l'électro-choc.

M. RONDEPIERRE. — Il faut surtout éviter pendant le choc de tenir le menton. L'aide, surtout s'il a la main décapée par l'éther, risquerait de recevoir une décharge mortelle.

(1) Luxation tempo-maxillaire récidivante chez un épileptique. *Presse Médicale*, 1935. — Luxation régulière au cours de crises d'épilepsie. *Presse Médicale*, 1938.

M. DAUMEZON. — Les conséquences du passage du courant de l'appareil Lapipe-Rondepierre d'un bras à l'autre ne sont pas toujours graves. Pour ma part, par suite d'une erreur de manipulations d'un aide, j'ai reçu une décharge alors que je tenais dans la main des électrodes métalliques et que mes mains étaient encore mouillées (je venais d'imbibé les coussinets de caoutchouc). Je fis sans m'en rendre compte un bond en arrière d'un pas, ressentant des fourmillements de la moitié inférieure de la face et une sensation de striction thoracique. J'éprouvai le besoin de faire quelques pas en dehors de la pièce. Mon pouls était normal, au dire de mon interne. Pas de modification considérable de la vascularisation de la face (ni rougeur ni pâleur considérable). Dans la journée, je retrouvai en y pensant la même sensation de striction thoracique, bien entendu moins intense. Aussitôt après, et sans modifier le réglage de l'appareil, je mesurai la résistance et obtins 750 ohms. Le réglage était tel que le courant envoyé devait être évalué à 300 millampères pendant 3/10<sup>e</sup> secondes si l'on en croit les appareils de mesure.

M. LHERMITTE. — M. Delmas-Marsalet demande, sauf erreur, dans son ouvrage, que l'aide soit porteur d'un gant de caoutchouc.

### Modification des manifestations allergiques après électrochoc, par M. Maurice HYVERT.

La pratique du test tuberculinique depuis plus d'un an nous a montré toute l'importance qu'on pouvait lui accorder dans l'étude de psychoses très diverses et d'étiologie inconnue (1). L'impressionnante proportion des réponses focales ou psychopathiques positives (70 %) écarte l'hypothèse de coïncidences.

Cependant, on observe, chez des malades exactement superposables aux points de vue somatique et psychique, des différences tellement considérables dans l'intensité des réactions qu'on est fondé de rechercher les conditions biologiques de ces différences. Il apparaît assez rapidement que les réactions des malades récents sont généralement positives et que celles des malades anciens le sont plus constamment chez ceux qui viennent de subir la thérapeutique convulsivante. Celle-ci semble donc avoir une influence sur les manifestations allergiques et, pour tenter de préciser cette action, sept malades ont été soumis au test tuberculinique une première fois, puis une deuxième fois, après trois

(1) *Soc. méd.-psych.*, mars, octobre et décembre 1942.



ou quatre crises convulsives par électro-choc. Ces malades n'ayant pas encore eu de traitement étiologique, ont été peu améliorés.

I. — J. Louise, 26 ans. Hébéphrénie simple (2 ans).

1° Premier test tuberculinique : les 5 (0,0005), 9 (0,001) et 12 (0,005) décembre 1942. Réaction générale légère ; réactions locale et focale nulles.

2° Quatre électro-chocs les 8, 11, 15, 18 janvier 1943.

3° Deuxième test tuberculinique : les 20 (0,0005), 23 (0,001) janvier 1943. Réaction générale intense, 39° après la première injection, 40° après la deuxième ; réaction focale anormalement intense, après la deuxième injection, tuméfaction érythémateuse de la dimension d'une paume de main avec apparition d'une phlyctène de 2 cm. au bout de 48 heures ; pas de réaction focale.

4° Troisième test tuberculinique le 31 mars 1943 (0,0005). Réaction générale forte, 38° pendant 48 heures ; réaction locale intense, tuméfaction légèrement érythémateuse atteignant 20 cm. de diamètre en trois jours ; pas de réaction focale. L'intensité des réactions allergiques s'est donc maintenue pendant deux mois, avec diminution de la réaction générale, mais augmentation de la réaction locale.

II. — D. Victorine, 40 ans. Psychose hallucinatoire à allure paranoïde (2 ans).

1° Premier test les 2 (0,0005), 5 (0,001), 9 (0,005) décembre 1942. Réactions générale, locale et focale nulles.

2° Trois électro-chocs les 8, 11, 15 janvier 1943.

3° Deuxième test les 19 (0,0005), 23 (0,001), 27 (0,005) janvier 1943. Réaction générale légère, 37°6 après la deuxième injection. Réaction locale moyenne. Réaction focale légère : un peu d'anxiété aux 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> injections.

III. — Be. Yvonne, 38 ans. Délire de persécution sur fonds d'excitation psychique légère, interprétatif et hallucinatoire.

1° Premier test, 21 (0,0005), 25 (0,001), 28 (0,005) novembre 1942. Réactions générale et locale moyennes. Pas de réaction focale.

2° Quatre électro-chocs, les 8, 11, 15, 18 janvier 1943.

3° Deuxième test, le 20 janvier 1943 (0,0005). Réaction locale inchangée. Réaction générale plus intense. Réaction focale très intense : état demi-confusionnel avec agitation d'une durée de 48 heures, en contraste absolu avec l'état antérieur et l'état postérieur.

IV. — Br. Marcelle, 34 ans. Psychose hallucinatoire chronique avec délire d'aspect paranoïde.

1° Premier test, 14 (0,0005), 17 (0,001), 21 (0,005) octobre 1942. Réaction générale forte et croissante, 39° à la 3<sup>e</sup> injection. Réaction

locale forte et décroissante, une paume de main à la première injection, à peine indiquée aux autres. Réaction focale nulle.

2° Trois électro-chocs, les 8, 15, 18 janvier 1943.

3° Deuxième test, 20 (0,0005), 23 (0,001), 27 (0,005) janvier 1943. Réaction générale presque nulle. Réaction locale forte et croissante dépassant nettement la paume de main à la 3<sup>e</sup> injection. Réaction focale marquée : accentuation des hallucinations. Agitation, confusion.

V. — Ba... Mathilde, 39 ans. Délire érotomane avec exaltation passionnelle (4 ans).

1° Premier test, 14 (0,0005), 21 (0,001), 24 (0,005) octobre 1942. Réaction générale forte et décroissante (39°). Réaction locale nulle aux deux premières injections, moyenne à la troisième. Réaction focale nulle.

2° Quatre électro-chocs les 8, 11, 15, 18 janvier 1943.

3° Deuxième test, 20 (0,0005), 23 (0,001), 27 (0,005) janvier 1943. Réaction générale moindre (38°) et décroissante. Réaction locale forte à la première injection et décroissante. Réaction focale nette à la deuxième injection : état demi-confusionnel avec agitation et anxiété pendant 48 heures.

VI. — A. Mauricette, 33 ans. Etat schizophrénique postpuerpéral (3 ans).

1° Premier test, 5 (0,0005), 10 (0,001), 13 (0,005) décembre 1942. Réaction générale forte après les 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> injections. Réaction locale forte après les 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> injections, faible après la 2<sup>e</sup>. Pas de réaction focale.

2° Quatre électro-chocs les 8, 11, 15, 18 janvier 1943.

3° Deuxième test, 20 (0,0005), 23 (0,001), 27 (0,005) janvier 1943. Modification considérable de la réaction générale qui devient presque nulle. Réaction locale forte et progressivement croissante. Réaction focale après la 2<sup>e</sup> injection : vive excitation avec logorrhée incohérente.

VII. — T. Alice, 41 ans. Démence paranoïde (2 ans).

1° Premier test, 30 (0,0005) novembre, 4 (0,001), 7 (0,005) décembre 1942. Réaction générale moyenne à la 2<sup>e</sup> injection (38°), forte à la 3<sup>e</sup> (40°). Réactions locale et focale nulles.

2° Quatre électro-chocs les 8, 11, 15, 18 janvier 1943.

3° Deuxième test, 19 (0,0005), 23 (0,01), 26 (0,005) janvier 1943. Modification de la réaction générale qui est nulle. Réaction locale moyenne après la 2<sup>e</sup> injection. Réaction focale douteuse après la 3<sup>e</sup> injection.

Ces faits sont très significatifs des modifications apportées par la thérapeutique convulsivante dans les manifestations allergi-

ques. Chez les deux premières malades, une anergie presque complète a été transformée en allergie et, pour l'une d'elles, en hyperallergie. Les cinq malades suivantes présentent des modifications moins simples : la réaction générale disparaît tandis qu'augmente la réaction locale et que se révèle pour quatre d'entre elles la réaction focale.

Cette dissociation dans les manifestations allergiques semble assez fréquente au cours des démences précoces et des états paranoïdes mais les modifications produites par la thérapeutique convulsivante les font ressortir avec une particulière netteté.

Ces faits, très difficiles à interpréter, semblent nous indiquer combien un phénomène comme l'allergie est complexe. Peut-on admettre qu'il s'agisse uniquement de processus humoraux, modifiés par l'électro-choc ? Cela est peu probable et l'on peut être enclin à considérer séparément les manifestations allergiques et à fixer l'attention sur la participation locale : peau, centre thermo-régulateur, corticalité cérébrale. Mais peut-être convient-il de faire intervenir des centres régulateurs sous-corticaux dont l'expression neuro-végétative se trouverait modifiée par la thérapeutique convulsivante. Quand on connaît l'action basilaire de celle-ci, une telle hypothèse n'est pas invraisemblable et l'on ne saurait s'étonner d'observer à côté des modifications du comportement psychologique, des changements dans les manifestations des phénomènes biologiques.

#### DISCUSSION

M. LHERMITTE. — M. Hyvert pose un problème intéressant, à savoir celui du mécanisme des réactions de l'électro-choc. Celui-ci agit sur la région sous-corticale (ce qui est d'ailleurs le fait de certaines épilepsies). Or, dans l'électro-choc on note peu de modifications vago-sympathiques tardives. Il en existe cependant.

Quelle est l'évolution des troubles après les cuti-réactions ?

M. HYVERT. — Les malades n'ont pas présenté de modifications de leur état. Il s'agissait en fait d'ailleurs plutôt d'une méthode expérimentale.

M. LHERMITTE. — Ma question fait allusion à d'anciens essais de traitement par la tuberculine, essais qui étaient d'ailleurs demeurés sans résultat.

M. HYVERT. — La tuberculine expérimentée à très petites doses m'a donné des améliorations.

M. RONDEPIERRE. — Elle peut être catastrophique. L'allergine de Jousset, que j'ai essayée naguère, m'a donné également de mauvais résultats.

**L'hyperprotidémie du post-électrochoc. Ses variations dans le temps. Variations parallèles de la chlorémie globulaire et de l'équilibre acido-basique, par MM. Jean DELAY et A. SOULAIRAC.**

L'étude des protides sanguins nous a permis de constater chez tous nos malades après la crise convulsive provoquée par l'électro-choc, une *hyperprotidémie constante*, d'importance variable, que nous avons d'ailleurs déjà signalée dans une communication antérieure (Soc. méd.-psych., 22 mars 1943). L'étude séparée de la sérum-globuline et de la sérum-albumine montre que d'une

TABLEAU N° 1

*Variations des matières protéiques totales du sang dans le temps*

Malades	Durée du choc	Matières protéiques totales du sérum en gr. 0/00				
		Avant	Après			
			5'	20'	50'	1 h. 50
Pe... H.....	59"	90,8	108,0	90,8	82,0	79,6
Cr... F.....	68"	75,6	76,8	76,0	76,0	76,4
Ca .. F.....	59"	79,2	80,0	74,8	70,6	71,6
Pé... F.....	51"	82,0	84,8	85,6	82,8	82,8
Pi ... H.....	43"	76,0	79,2	72,8	70,8	70,4
Mo . . H.....	45"	77,2	88,8	78,8	74,8	78,8
Cam. F.....	38"	90,0	96,4	90,0	90,0	—
Eg... F.....	45"	90,0	92,0	—	85,2	85,6
Ri... F.....	43"	78,8	92,0	82,0	79,2	78,4

manière assez générale l'augmentation porte sur la sérum-albumine et de ce fait cette hypersérinémie entraîne l'augmentation habituelle du rapport sérine/globuline.

Poursuivant l'étude des variations de cette hyperprotidémie dans le temps, nous avons constaté que l'augmentation des pro-

TABLEAU N° 2

Malades	Durée du choc	Chlore globulaire		Chlore plasmatique		Rapport $\frac{\text{ClG}}{\text{ClP}}$		Sodium		Potassium		Réserve alcaline	
		Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après
Cr... F.....	68"	1,35	1,59	3,55	3,55	0,38	0,45	3,23	3,67	0,231	0,209	48,1	31,9
Pe... H.....	59"	1,27	1,70	3,69	3,69	0,34	0,46	3,23	3,39	0,159	0,196		
Cat... F.....	59"	1,42	2,13	3,72	3,79	0,39	0,56	3,31	3,31	0,223	0,212	49,7	40,0
Per... F.....	51"	1,56	1,59	3,69	3,69	0,42	0,43	3,17	3,37	0,207	0,190	73,9	56,5
Pi... H.....	43"	1,50	1,84	3,62	3,69	0,41	0,49	3,12	3,09	0,191	0,269		
Mo... H.....	45"	1,43	1,84	3,48	3,83	0,41	0,48	3,15	3,12	0,116	0,160		
Cam... F.....	38"	1,90	2,05	3,69	3,69	0,51	0,55	3,60	2,94	0,241	0,269		
Ma... F.....	43"	1,49	1,52	3,40	3,55	0,43	0,43	3,54	3,72	0,276	0,156		
Fg... F.....	45"	1,50	1,55	3,61	3,61	0,41	0,43	3,52	3,46	0,342	0,334	57,6	48,1
Ri... F.....	43"	1,85	1,98	3,68	3,70	0,50	0,53	3,25	3,33	0,371	0,402	52,8	39,5
Te... H.....	66"	2,13	1,86	3,26	3,14	0,65	0,55	3,17	3,55	0,284	0,167		
Al... H.....	47"	1,79	1,85	3,55	3,60	0,50	0,51	3,51	3,81	0,396	0,206		
Or... H.....	45"	1,71	1,77	3,10	3,10	0,55	0,57	3,33	3,57	0,360	0,240		



téines totales du sang est transitoire. En effet, l'augmentation de la protidémie est maxima 5 minutes environ après l'électro-choc et le retour au taux initial, ou parfois même à un taux inférieur, se produit en moins de 2 heures (voir tableau n° 1). Il est à remarquer qu'assez souvent, 2 heures après le choc, la protidémie descend à un taux inférieur au taux normal.

Par ailleurs, l'étude des protides nous a amené à rechercher les variations possibles de certains électrolytes sanguins à la suite de l'électro-choc, et nous avons étudié de façon suivie les variations du Cl, du Na et du K et de la réserve alcaline, études qui nous ont permis de faire des constatations intéressantes (cf. tableau n° 2).

L'équilibre chloré est en effet modifié par l'électro-choc. Il se produit en général après le choc une *augmentation du Cl globulaire* sans modification du Cl plasmatique. Cette hyperchlorémie globulaire est d'intensité variable et peut atteindre des variations de l'ordre de 50 % (1 gr. 42 à 2 gr. 13 par exemple). Chez quelques malades, nous avons trouvé cependant une augmentation portant à la fois sur le Cl globulaire et le Cl plasmatique, et dans un cas, l'électro-choc provoqua une diminution importante du Cl globulaire accompagnée d'une légère diminution du Cl plasmatique. Toutefois, dans presque tous les cas, le rapport chloré érythro-plasmatique est nettement augmenté.

L'étude de la réserve alcaline avant et après électro-choc nous a permis de constater l'*abaissement constant de la réserve alcaline* après le choc. Cette diminution est variable, mais atteint fréquemment un taux de 20 à 25 %.

Enfin nous avons complété ces diverses recherches bio-chimiques par l'étude de l'équilibre des ions Na et K. On constate, de façon générale, après l'électro-choc une *hypernatrémie* d'intensité variable, s'accompagnant d'une *hypokaliémie* de même ordre. Ces variations du Na et du K semblent étroitement liées. Certains malades, par contre, subissent des variations de sens inverse, sans que les variations du Cl, des protides ou de la réserve alcaline permettent d'expliquer ces phénomènes.

#### DISCUSSION

M. PICARD. — Les modifications humérales au cours de l'accès épileptique par électro-choc soulignent, malgré leurs mécanismes obscurs, le bouleversement organique profond causé par cette thérapeutique. Il serait intéressant de se demander si ces modifications

sont les mêmes que celles qui s'observent au cours des accès de l'épilepsie dite essentielle et la part qui revient au choc électrique proprement dit dans de tels remaniements, sans doute transitoires. Cette étude a été insuffisamment poursuivie dans l'épilepsie et serait à reprendre comparativement. Il est certain que, dans l'épilepsie spontanée existe de grands bouleversements humoraux, ainsi qu'en témoignent les variations du taux du cholestérol, pourtant l'un des plus stables éléments du sang. (Dans un cas d'épilepsie avec aura prolongée, nous avons pu, Mlle Serin et moi, en souligner, en 1928, à la Société Clinique de Médecine mentale, l'augmentation paroxysmique).

M. CHATAGNON. — Le hasard est souvent heureux : nous venons d'assister, avec l'exposé de MM. Daumézon et Delamare, à l'un des aspects extérieurs du choc ; M. Hyvert nous intéresse à l'apparition des manifestations allergiques extériorisées par le test tuberculinique après la thérapeutique convulsivante, conditionnées peut-être par les modifications profondes et inapparentes que les minutieux examens bio-chimiques de M. le Professeur Delay et de A. Soulayrac décèlent. L'intérêt de telles recherches est grand : les résultats obtenus montrent à tout le moins que l'organisme n'est pas indifférent au choc, ils s'apparentent à ce que l'on observe dans certains cas d'électrocution et ils prouvent que les phénomènes de lyse existent déjà cinq minutes avant l'électro-choc, et qu'ils se reproduisent — si j'ai bien compris — après chaque « choc » provoqué. Les fluctuations des électrolytes Na et K présentent des oscillations moins amples que celles des protéides et du Cl. L'étude des variations nyctémérales des valeurs du Cl chez les sujets d'expérience a été utile pour apprécier les modifications du Cl globulaire/Cl plasmatique, les oscillations normales étant parfois assez étendus. Toutefois, il ne fait pas de doute que les différences signalées sont sous la dépendance des modifications protéidiques déterminées par les phénomènes de lyse. Ils sont la signature des perturbations humorales accompagnant le syndrome comitial provoqué.

Il eût été intéressant de pouvoir comparer parallèlement les modifications bio-chimiques du liquide cérébro-spinal, la lyse au niveau du tissu cérébral pouvant donner lieu à des modifications d'autres protéides que la sérine ou la globuline, et à d'autres électrolytes que ceux étudiés. Il est fort probable que le P et les complexes phosphorés et les lipides eussent présenté des modifications peut-être sensibles.

Les perturbations bio-chimiques constatées sont de peu de durée ; il sera utile cependant de savoir si la répétition des « chocs » thérapeutiques ne provoque pas des troubles humoraux plus durables et quels retentissements auront ceux-ci sur le potentiel vital de l'organisme, ainsi que sur les fonctions psychiques.

## Mutation syndromique clinique et biologique au cours d'une syphilis nerveuse, par M. A. DONNADIEU.

Les transformations cliniques des paralysies générales traitées sont choses maintenant bien connues et tous les services de chroniques possèdent des syndromes de démence précoce qui ne sont autre chose que d'anciennes démences paralytiques.

L'évolution inverse doit être plus rare et c'est un cas de cette espèce que j'apporte aujourd'hui. Cette observation a déjà été publiée, très résumée, au Congrès de Montpellier, en octobre 1942, dans le but d'apporter une preuve nouvelle de l'origine syphilitique des réactions liminaires du liquide céphalo-rachidien. C'est donc, en me plaçant à un autre point de vue, que je crois intéressant de la communiquer ici de façon plus détaillée.

OBSERVATION. — Im. Fortunée est une femme d'une trentaine d'années qui a été arrêtée sur la voie publique où elle se faisait remarquer par le désordre de sa conduite et l'incohérence de ses propos ; accostant les hommes dans la rue, s'acerochant à eux, elle avait vite provoqué des attroupements.

Conduite à l'hôpital le 11 avril 1941, elle y présente de l'agitation, de la fuite des idées qu'on arrive cependant à maîtriser de temps en temps. On parvient à se rendre compte à ces moments-là que ses facultés intellectuelles sont conservées, mais l'inaffectivité est totale. Elle se désintéresse entièrement de son mari et de ses enfants ; les réponses sont ambivalentes et tout l'examen met en évidence un état de discordance très net. Le diagnostic porté sans hésitation est celui de démence précoce.

L'examen physique montre un strabisme interne de l'œil gauche dont on ne peut connaître l'ancienneté avec aréflexie pupillaire du même côté.

Attaché à cette période à l'étude des réactions liminaires du liquide céphalo-rachidien, je pratique une réaction de Meinicke dans le sang qui est très positive et un examen du liquide céphalo-rachidien qui donne : leucoocytes 2 ; albumine 0,30 ; Pandy négatif ; Meinicke négatif, benjoin colloïdal 00000.22222.10000.0.

En présence de cette réaction fruste, on fait à la malade 4 injections de sulfosine provoquant des réactions à 39° et on les fait suivre de 10 injections de biiodure de mercure, du 15 au 24 mai 1941. Après cette préparation mercurielle, on commence des injections intraveineuses de novarsénobenzol. Le lendemain de la 4<sup>e</sup> injection (0 gr. 60), la malade présente une éruption généralisée de la fièvre, de la rachialgie. On attribue ces signes à une intolérance novarsénoben-

zologique et trois jours après on constate une dysarthrie énorme ; la malade bafouille. Avec la même brutalité apparaissent des troubles nets du fonds mental. De discordante, la malade est subitement devenue démente ; elle gâte, a un tremblement marqué, ne peut plus se tenir debout.

Une ponction lombaire est à nouveau pratiquée quelques jours après qui vient confirmer la paralysie générale dont on avait vu se former si rapidement le tableau clinique. On trouve en effet : leucocytes 56 ; albumine 1 gr. ; Pandy positif ; Meinicke négatif ; benjoin colloïdal 22222.20001.22200.0, quelques globules rouges.

Le tableau se maintient sans changement un mois après.

Cette observation, comme je l'ai souligné au Congrès de Montpellier, apporte donc une preuve certaine de l'origine luétique des réactions liquidiennes liminaires. En second lieu elle traduit chez cette malade une intolérance particulière au novarsénobenzol puisqu'une minutieuse préparation mercurielle avait été pratiquée en vue d'éviter toute réaction. Comme il est classique, c'est à la 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> injection (0,45 ou 0,60) que celle-ci s'est produite.

Mais surtout, et c'est pourquoi j'ai cru devoir vous rapporter cette observation, elle est intéressante du point de vue doctrinal en montrant que les passages d'un syndrome démentiel à un syndrome de démence précoce peuvent se faire en sens inverse et qu'à l'occasion d'une cause déclenchante, le tableau clinique net de la démence précoce a pu se transformer brutalement en tableau clinique et biologique de paralysie générale.

#### DISCUSSION

M. DUBLINEAU. — Cette communication pose à nouveau le problème de la syphilis fruste du système nerveux, des réactions biologiques liminaires et de la réactivation.

L'existence d'une syphilis fruste du système nerveux n'est pas douteuse. Nous en avons rapporté de nombreux exemples, qu'il s'agisse d'une résistance naturelle ou acquise du tréponème. Non seulement, il peut s'agir de syndromes cliniques très frustes, mais encore, les réactions biologiques peuvent être subnormales ou ne présenter que des modifications banales. La réactivation dans ces cas donne-t-elle des résultats intéressants ? Pratiquée avec trois injections de 914 en trois semaines (0,15, 0,30, 0,45), suivies, une semaine après la dernière, d'une deuxième ponction lombaire, elle ne donne que des modifications peu marquées, sans positivation des réactions spécifiques. Il semble donc s'agir de formes très particulières.

Ce serait une erreur de considérer systématiquement comme syphilitiques des anomalies banales du liquide céphalo-rachidien. Mais il est non moins douteux (les formules de paralytiques généraux malarisés nous en fournissent la preuve chaque jour) que parmi les anomalies liminaires un certain nombre relèvent de la syphilis.

M. DONNADIEU. — J'ai eu au Maroc l'occasion de pratiquer chez des indigènes de nombreuses réactivations. J'ai observé assez souvent des enrichissements de la formule après ces réactivations.

**Troubles mentaux liés à l'hypertension artérielle. Guérison par la splanchnicectomie,** par MM. A. DONNADIEU, P. RELIER et R. FÉLIX.

L'observation que nous rapportons ici est, croyons-nous, la première de l'espèce. En effet, des 46 références bibliographiques — que nous ne pouvons rapporter faute de place — concernant le traitement chirurgical de l'hypertension artérielle par la splanchnicectomie, aucune ne se rapporte à des troubles mentaux. Avant d'exposer notre observation, nous voudrions résumer en quelques lignes les notions déjà acquises sur les résultats fournis par la résection des splanchniques.

C'est en 1924 que Pende (de Rome), ayant expérimentalement démontré que la résection du nerf splanchnique réduit considérablement la sécrétion d'adrénaline et entraîne une vaso-dilatation des vaisseaux abdominaux, préconise comme traitement de l'hypertension artérielle essentielle la résection des splanchniques gauches. Pour l'auteur, les indications sont l'hypertension artérielle juvénile ou pré-sénile, à condition que l'examen clinique ne montre ni insuffisance rénale, ni lésions cardio-aortiques avancées ; l'azotémie, même légère (0 gr. 50), serait une contre-indication ; par contre, les accidents corticaux ou rétiniens n'empêcheraient pas l'intervention.

L'opération fut réalisée pour la première fois par Piéri en 1929 et mise au point par Durante et Donati qui pratiquent la résection des deux splanchniques gauches par voie lombaire sous-diaphragmatique, extra-péritonéale sans résection costale.

En Amérique, la splanchnicectomie a été pratiquée sur une grande échelle : en 1938 Peet (de Michigan) publie 375 cas opérés par voie sus-diaphragmatique avec résection bilatérale. Adson, Barker et Waltman Walter à la Mayo-Clinic sur 156 malades opèrent différemment : résection extra-péritonéale des splanchni-



ques, d'une partie du ganglion cœliaque et des 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> ganglions lombaires d'un côté, suivie de résection semblable de l'autre côté 10 jours après. En France, il faut citer les noms de Leriche et de ses élèves Fontaine, Frœlich, Jung. Leriche préconise la section uni- ou bilatérale des splanchniques à laquelle il adjoint parfois soit la surrénalectomie, soit l'ablation du premier ganglion lombaire.

Voici maintenant notre observation résumée :

OBSERVATION. — M. G. Georges est admis pour la première fois à l'hôpital psychiatrique de Chézal-Benoit le 22 janvier 1942 pour un état d'excitation confusionnelle. C'est un homme corpulent, de grande taille, qui ne marque pas les 62 ans de son état civil. Sa face est congestionnée, parsemée de nombreuses varicosités. Son état est caractérisé par une excitation physique et mentale intense, de l'obnubilation, une affectivité instable : tantôt indifférent, le malade présente à d'autres moments des crises de larmes, se lamente. On note du tremblement émotif des mains, des lèvres, de la parole. Sa femme nous apprend qu'il a déjà été interné à Sainte-Anne du 1<sup>er</sup> janvier au 25 février 1932 pour une crise d'excitation analogue. Depuis une quinzaine d'années il serait sujet à des « poussées congestives » qui s'accompagnaient tantôt d'excitation, tantôt de dépression. Un dosage d'urée fait 5 jours avant l'hospitalisation a donné le chiffre de 0 gr. 74.

L'examen physique de cet homme de 64 kgr., qui dit avoir perdu 18 kgr. depuis un an, montre un œdème bilatéral des pieds et des jambes, apparu il y a quelques mois et de nombreuses varices. L'auscultation du thorax, de type emphysémateux, fait constater quelques râles de stase aux bases. Pas de dyspnée ni d'effort ni de décubitus. Le deuxième bruit aortique est un peu élargi ; l'aire de matité cardio-aortique est normale. La tension au Vaquez est de 20/11. Le foie n'est pas modifié de volume ; le malade se plaint de constipation opiniâtre. Il n'y a ni sucre ni albumine dans les urines. Aucun signe anormal de la série neurologique, mis à part le tremblement émotif.

Gardé au lit, M. G. est un peu plus calme, mais la confusion mentale est marquée ; le malade est très désorienté, plutôt euphorique. Dans la suite, l'état mental est irrégulier : à côté de jours où le sujet est assez calme, s'alimente bien, il en est d'autres où l'agitation reprend violente, nécessitant l'isolement, où le refus d'alimentation est absolu. L'insomnie est totale. Régime lacto-végétarien et purgations. Peu à peu, G. semble s'apaiser, devient moins émotif. L'œdème des membres inférieurs persistant, on lui donne un peu de théobromine ; on pratique 10 injections quotidiennes de 0 gr. 10 d'acétylcholine.

Le 18 février un dosage d'urée indique une chute de 0 gr. 41. La tension artérielle est de 20,5/9. L'amélioration s'accentuant, le malade est remis en liberté, paraissant tout à fait normal le 23 février 1942.

Mais moins d'un mois après, le 18 mars, M. G. est reconduit à l'hôpital. Depuis le 4 il a recommencé à bavarder, le 17 il a brisé des objets et le 18 ayant détruit tous les bibelots de la maison, il a fallu se résoudre à le réintégrer. L'état mental est le même que lors du premier internement : excitation violente, obnubilation marquée. La tension artérielle est de 20/9,5. On essaie de faire garder le lit au malade, sans y réussir. Refus d'aliments intermittent. Régime lacto-végétarien, purgations, acétylcholine et hypotan.

Le 25 mars, la tension artérielle est de 15/9 ; l'urée sanguine est à 0 gr. 48. Le sujet est plus calme, sort dans le jardin, mais ne s'intéresse à rien. Cet état persiste jusqu'au 24 avril, où, lors d'une visite de sa femme, il s'agite à nouveau, mais s'apaise après son départ. Les jours suivants, il est calme, jardine un peu. Le 14 mai, reprise de l'agitation violente qui va en croissant le 15 et le 16, où la tension artérielle est de 26/15. Ce jour-là, saignée de 250 grammes, acétylcholine, 0 gr. 20, diète hydrique. Le lendemain, la tension tombe à 20/12, mais l'agitation persiste avec refus de nourriture nécessitant l'alimentation à la sonde.

La tension artérielle prise régulièrement montre, malgré le traitement médical, des irrégularités donnant une courbe en dents de scie, les variations étant plus marquées sur la Mx que sur la Mn. On note, par exemple, des différences de 3 à 5 centimètres Hg. d'un jour à l'autre. L'observation, prise au jour le jour, semble indiquer que l'état mental est d'autant plus troublé que les variations de la tension sont plus brusques d'un jour à l'autre et non lorsqu'elle est le plus élevée.

Au mois de juin, soit trois mois après la reprise de l'internement, l'état mental est le suivant : excitation moins vive, obnubilation marquée, instabilité affective. Il semble vouloir se fixer tel quel.

Le traitement médical n'arrivant pas à régulariser la tension artérielle et les variations de celle-ci paraissant conditionner les troubles mentaux, on envisage le traitement chirurgical. Certes, M. G. a 62 ans, mais il n'en paraît guère que 55. Il a de l'œdème des membres inférieurs (mais on peut l'attribuer aux varices), le taux de l'urée qui a été de 0 gr. 78 est encore de 0 gr. 48 (contre-indication pour Pende). Par contre, malgré un deuxième bruit aortique claqué, les artères radiales sont souples et on ne décèle aucun signe de sclérose vasculaire ou rénale. Compte tenu de la gravité du pronostic mental (la maladie remonte à six mois et paraît vouloir se fixer) et du pronostic physique (les brusques variations tensionnelles devant faire redouter des complications organiques cérébrales ou rétinienes), on décide de pratiquer une splanchiectomie. Opération le 16 juin 1942 (Docteur Relier). Avant l'opération, huile camphrée et sédol. Le malade monte sur la table complètement obnubilé avec une tension à 18-10. Splanchniectomie gauche avec résection de la 12<sup>e</sup> côte sous anesthésie générale au Schleich. Suites opératoires simples. A noter toutefois une nette diminution du débit urinaire des premiers jours. Aussitôt après l'opération,

le malade étant juste remis dans son lit, la tension est tombée à 12/8, mais une heure et demie après, elle remonte à 15,5/9, où elle se maintient jusqu'au lendemain. Le 17 juin, elle resté entre Mx 18-19 et Mn 9,5-11, redescend les 18, 19, 20 et 21 aux environs de 16/10, remonte brusquement le 22 au matin à 19/11, mais redescend à 16/9 le soir et s'établit par la suite entre 16 et 18 pour la maxima, 9 et 10 pour la minima.

Mais ce qui nous frappa encore plus que la chute de tension, ce fut la transformation mentale. Aussitôt réveillé, le malade, absolument lucide, reconnaît les médecins. Le lendemain, il parle avec eux de façon normale, et, guéri, quitte l'hôpital le 7 juillet 1942. Depuis, l'état mental se maintient satisfaisant. La tension artérielle de 18/12 le 17 août fait une petite poussée à 21,5 le 17 septembre, redescend le 2 décembre à 16,5/9. Le malade se sent plus fort et a repris son poids de 75 kgr.

En résumé, cette observation montre, tout d'abord, le parallélisme existant entre les brusques variations tensionnelles et les troubles mentaux, ensuite la relation entre la thérapeutique chirurgicale et la guérison, relation qui, vu la brusquerie du résultat, ne fait pour nous aucun doute. Elle montre encore qu'après l'opération, la réascension légère de la tension n'a pas été suivie d'une rechute des troubles mentaux. Pareil fait a été signalé par les différents auteurs, qui malgré la remontée tensionnelle n'ont pas vu réapparaître les troubles fonctionnels.

Nous nous excusons de n'apporter qu'une seule observation. Elle a le mérite d'un premier essai et d'un recul de près d'une année. Mais le peu de malades aigus qui passent par l'Hôpital de Chézal-Benoît nous a incité à la publier sans attendre davantage.

D'ores et déjà, nous croyons que ce traitement chirurgical doit être appliqué aux troubles mentaux liés à une hypertension irrégulière, donc faisant penser à un appoint vasculaire, à condition que ces troubles paraissent purement fonctionnels. La splanchiectomie serait, pensons-nous, *inutile* en cas de lésions parenchymateuses cérébrales (peut-être pourrait-elle cependant atténuer l'agitation surajoutée à la démence) ou de sclérose rénale. Elle serait *dangereuse*, par suite de la baisse brutale de tension qui suit l'opération, chez des sujets à artères scléreuses — comme l'est en pareil cas la saignée — ou chez des malades à cœur insuffisant. Ces cas mis à part, nous pensons qu'elle doit trouver sa place dans la thérapeutique des troubles mentaux liés à l'hypertension artérielle lorsque le traitement médical a fait la preuve de son inefficacité. Encore ne faudrait-il pas attendre que des lésions cérébrales se soient produites.

## DISCUSSION

M. LHERMITTE. — Les rapports des troubles mentaux et de l'hypertension ont fait couler beaucoup d'encre. Personnellement, je ne suis pas convaincu de leur existence. Qu'il y ait des mélancoliques, des maniaques, des paranoïaques hypertendus, certes. Mais on connaît inversement un grand nombre d'hypertendus sans troubles psychiques. Ce qu'on observerait, ce seraient plutôt des accidents en cours de décompensation. Ici, ce qui domine, c'est l'inégalité tensionnelle. S'il y a des troubles mentaux chez les hypertendus, c'est surtout du fait de l'œdème cérébral par troubles rénaux. Dans le cas ici présenté, il y avait déjà d'ailleurs eu un internement 9 ans auparavant. En résumé, l'hypertension ne donne pas de troubles mentaux réels, sauf s'il y a décompensation, ou une poussée extrêmement marquée (du fait, dans ce dernier cas, de l'anxiété surajoutée).

Quant à la splanchnicectomie, elle amène peu de modifications tensionnelles, sauf au début. Puis, la tension revient au chiffre primitif. Je mets donc en garde contre l'utilité de cette intervention, d'autant plus que les manifestations pathologiques de l'hypertension sont elles-mêmes peu évidentes.

M. Jean DELAY. — J'ai pu, avec MM. Lemierre et Vallery-Radot, étudier certains faits se rapportant à la question. Il faut distinguer deux points : 1° les troubles liés au spasme et à l'œdème cérébral (un œdème différent de l'œdème par rétention chlorurée, et lié surtout aux perturbations vasomotrices de l'encéphale) ; 2° presque toujours existent des épisodes surajoutés. C'est le cas ici où l'urée était à 0,78. Dans le cas en question, il y avait donc œdème cérébral par troubles vaso-moteurs et, peut-être aussi, par rétention chlorurée sodique. De plus, ici, il n'y avait pas parallélisme entre les troubles mentaux et l'hypertension artérielle. Le sujet avait de l'obnubilation avec 18 de tension sur la table d'opération. Il s'agissait là sans doute d'œdème cérébral.

Enfin, peut-on parler de guérison ? La tension était, après l'intervention de 16/9. C'est peu comme amélioration. On connaît mal d'ailleurs le mécanisme d'action de la splanchnicectomie. Dans ce cas, peut-on réellement parler d'action sur la tension artérielle ? En résumé, observation intéressante, mais on ne peut conclure que la splanchnicectomie constitue le traitement idéal.

M. DONNADIEU. — Il faut retenir cependant que le sujet a été lucide dès le lendemain de l'intervention et qu'il se maintient guéri depuis 9 mois sans incident.

**Troubles psycho-visuels après lobectomie occipitale droite : épilepsie avec auras visuelles et paralysie psychique du regard, par MM. M. DAVID et H. HÉCAEN.**

L'aura visuelle dans les crises épileptiques dues à des lésions occipitales a été remarquablement étudiée grâce aux expériences réalisées au cours d'intervention par des neuro-chirurgiens tels que Krause, Foerster, Penfield et Gage.

La contribution de la neuro-chirurgie à ces problèmes peut encore se faire par une autre voie : celle des résultats des lobectomies occipitales bien que les tumeurs de ce lobe nécessitant son excision soient presque toujours des tumeurs malignes (glioblastome) comme l'a montré entre autres Bailey, ce qui, du fait de la brièveté de la survie, ne laisse peut-être pas le temps aux troubles de se constituer. Faut-il voir là la raison de leur rareté après lobectomie occipitale tandis que dans l'observation que nous vous rapportons où il s'agissait d'un astrocytome, les crises épileptiques n'apparurent que près d'un an après l'intervention.

OBSERVATION. — Mad. Germaine V., âgée de 45 ans, a présenté en 1935 un syndrome d'hypertension intracrânienne avec crises convulsives précédées par une aura visuelle : disparition de la partie inférieure du champ visuel lui donnant l'impression qu'elle se trouvait devant un « trou » et hémianopsie latérale gauche. Une aggravation soudaine du syndrome d'hypertension entraîne une intervention d'urgence. Celle-ci, pratiquée en août 1935, révèle un kyste de la grosseur d'une petite mandarine renfermant un liquide hémorragique (l'hémorragie intrakystique ayant déterminé l'aggravation brusque), situé dans le lobe occipital droit, près de la face interne. Il existait une petite tumeur murale que l'examen anatomo-pathologique montra être un astrocytome. L'ablation du kyste entraîna l'excision des 2/3 postérieurs du cortex calcarinien (aire 17) et du cortex avoisinant de chaque côté (aire 18).

Tous les troubles disparaissent à la suite de l'intervention, l'hémianopsie latérale gauche demeurant comme seule séquelle. Mais, au cours de l'année 1936, les crises convulsives firent leur apparition : crises caractérisées par une phase tonique, puis clonique, avec morsure de la langue, émission d'urines, et suivies d'une période de céphalée et d'obtusion. Ces crises présentent une aura visuelle. Elle nous dit voir défiler des « images » du passé sur un rythme de plus en plus rapide jusqu'à ce que survienne la perte de connaissance. Ce déroulement hallucinatoire s'accompagne d'une anxiété très grande. Interrogée sur les caractères de ces « images », ainsi qu'elle appelle ces auras, la malade nous dit spontanément : « Je les vois comme je vous vois. »



C'est plutôt au passé lointain qu'elles sont empruntées : par exemple, elle voit sa mère, morte depuis longtemps, en train de tricoter. Elle ne paraît garder un souvenir net que des premières scènes apparues au cours de chaque aura, « les autres vont trop vite », dit-elle. Il lui semble qu'il s'agit, vers la fin surtout, de scènes effrayantes qu'elle ne peut préciser, mais elle se souvient d'avoir appelé sa mère à son secours. Elle semble donc les considérer comme réelles bien qu'elle déclare ne pouvoir dire si elles entraînent la croyance ou non. Ce dont elle est certaine c'est qu'aucune hallucination des autres sens n'intervient alors. Les personnages de ces scènes hallucinatoires ne paraissent pas animés de mouvements.

Ces crises épileptiques surviennent au rythme de une à deux par an. Outre ces crises, cette malade présente des équivalents épileptiques nombreux sous des formes diverses, tantôt le champ visuel inférieur s'efface brusquement comme lors des auras d'avant l'intervention avec la même impression qu'elle va tomber dans un trou, tantôt apparaît dans son champ visuel, voyant des cercles noirs s'agrandissant progressivement et très rapidement, tantôt le visage des gens qu'elle rencontre dans la rue lui paraît déformé, comme tiré d'un côté, tantôt encore elle est prise d'anxiété en même temps qu'elle ressent une sensation de striction thoracique atroce. En dehors de ces accès, elle nous signale une certaine difficulté permanente à reconnaître les lieux les plus familiers. Elle éprouve aussi certains troubles de la lecture : il lui est très difficile de faire passer le regard d'une lettre à une autre, elle doit même déplacer la tête pour pouvoir continuer à lire dans certains cas. Ce phénomène n'apparaît pas seulement dans la lecture, mais dès qu'elle fixe son regard sur un point. Ainsi, chez cette malade, excellente pianiste, si quelque difficulté technique l'incite à regarder les touches du piano, elle est alors incapable de continuer à jouer, ne pouvant plus détacher son regard de la touche qu'elle a fixée.

*Examen le 12 mars 1943.* — Hyperextensibilité des membres supérieur et inférieur du côté gauche : hémianopsie latérale homonyme gauche. L'étude des gnosies visuelles va montrer qu'il n'existe aucune agnosie pour les choses et les couleurs. La paralysie psychique du regard qu'elle nous a signalée spontanément apparaît avec netteté au cours des épreuves. Le sens de la profondeur est altéré : les objets sont très mal localisés en profondeur. La malade est incapable de dire la position exacte des objets placés sur divers plans. Pour saisir un objet, elle dirige toujours sa main en avant ou en arrière de lui. Les praxies sont intactes. Cependant, dans les tests de construction, bien qu'elle les réussisse, elle éprouve une certaine difficulté et déclare qu'il lui faut faire un gros effort d'attention, ce qui la fatigue extrêmement. Cette difficulté de l'attention visuelle est apparue plusieurs fois au cours de l'examen. Le dessin, le calcul, la somatognosie, la stéréognosie, le langage sont intacts. Les tests de Van Woerkom (espace, temps) ne révèlent aucun déficit, de même que l'épreuve d'orientation spatiale

de P. Marie et Béhague. L'orientation sur un plan n'est difficile qu'en fonction de l'hémianopsie et de la paralysie du regard.

*Etat mental.* — Il s'agit d'une femme intelligente, artiste, qui décrit bien ses troubles, mais agitée et volubile. Cette agitation augmente, s'accompagne même d'angoisse, lorsqu'elle éprouve une difficulté au cours des tests (réaction catastrophique typique). Elle ne présente à aucun degré la perte du comportement catégoriel.

Deux ordres de faits doivent donc ici être distingués : d'une part, les phénomènes hallucinatoires de type paroxystique survenant comme aura ou équivalent épileptique, d'autre part, les troubles gnosiques et hémianopsiques, eux permanents. Ces derniers consistent en une paralysie psychique du regard de Balint, un trouble de l'attention visuelle, un certain degré d'agnosie spatiale (difficulté de l'orientation dans l'espace extérieur, trouble du sens de la profondeur) ; cette association paraît, si nous nous rapportons aux faits signalés dans le remarquable travail de Lhermitte et Ajuriaguerra, être fréquente. Inexplicable par la seule atteinte calcarinienne, elle correspondrait bien avec l'excision de l'aire 18 sur la face interne du lobe pratiquée en même temps que l'ablation de l'aire 17 et des deux côtés de celle-ci. L'intégrité certaine des circonvolutions occipitales externes va de pair dans notre observation avec l'absence d'agnosie pour les choses comme cela est habituellement signalé. Insistons d'autre part sur le fait qu'il s'agit dans notre observation de lésion droite chez une malade non gauchère tandis que c'est surtout avec des atteintes du lobe occipital gauche qu'ont été observés des troubles de cet ordre. Un fait curieux nous a semblé mériter d'être souligné à propos de l'hémianopsie : si dans le champ aveugle était placée une surface colorée, les objets perçus dans le champ voyant reflétaient cette coloration pourtant non perçue directement et ignorée de la malade.

A côté de ces phénomènes déficitaires, les auras de notre malade apportent le côté positif des troubles visuels. Ces troubles sont de plusieurs ordres, les auras épileptiques sont toujours constituées par la vision de scènes du passé défilant sans lien entre elles et à une vitesse s'accroissant sans cesse jusqu'à ce que survienne la perte de connaissance. L'esthésie de ces scènes paraît incontestable et il semble qu'elles méritent le nom d'hallucination et non de représentations mentales ; les couleurs, le relief, paraissent exister ; la malade paraît n'en conserver qu'un souvenir flou sauf pour les premières apparues au cours de chaque aura ; elle n'en donne que peu de détails. Elle éprouve d'abord un sentiment de surprise, d'étonnement, lorsque surgit la pre-

mière image et il paraît bien qu'elle admet alors sa réalité. Dans les équivalents visuels nombreux qu'elle présente, la diversité est plus grande mais il s'agit de phénomènes simples : photopsies non colorées, dysmorphopsies.

Cette association chez un même sujet d'hallucinations figurées complexes et de simples photopsies au cours d'états de structure analogue contribue à fortifier cette opinion que nulle distinction de nature ne peut être faite entre ces deux phénomènes ; l'apparition de ces hallucinations complexes ne peut donc spécifier une extension du processus morbide au lobe temporal comme paraissent l'admettre beaucoup d'auteurs.

#### DISCUSSION

M. LHERMITTE. — De l'observation si intéressante qui vient de nous être présentée, je retiendrai plusieurs faits. Le premier tient dans la production d'hallucinations visuelles spéciales qui se présentent au titre d'équivalents ou auras épileptiques, ce qui explique que ces phantasmes ne sont pas revêtus des mêmes caractères que ceux que nous connaissons aux hallucinations secondaires, aux altérations vasculaires ou humorales destructives du lobe occipital. Ici, l'hallucination apparaît brève, soudaine, et se présente directement devant le regard du patient. Elle n'offre donc point de caractère hémianopsique. Le second point consiste dans l'intensité de la paralysie du regard de Balint et son association avec le défaut de localisation spatiale, d'une part, et la difficulté de la reconnaissance des symboles, des objets courants. Tous ces phénomènes indiquent, à n'en pas douter, une altération qui porte non seulement sur la zone calcarinienne, mais aussi sur la sphère péristriée, le champ 18. Nous avons donc en moins le tableau le plus schématique, puis retranchement fonctionnel des deux aires, 17 ou 18, ce qui confère à cette observation une spéciale qualité.

M. Henri CLAUDE. — Chez les psychosiques, les conditions sont différentes de ce que l'on constate chez l'individu sain. Il y faut donc tenir compte également de phénomènes visuels spéciaux.

**L'électro-choc (5<sup>e</sup> note). Présentation d'un sismothère de modèle réduit et simplifié, par MM. M. LAPIPE et J. RONDEPIERRE.**

Nous présentons aujourd'hui un nouveau sismothère qui a l'avantage sur les précédents d'être très portatif et d'une plus grande simplicité de réglage. Comme nous allons le montrer la venue de ce nouvel appareil est logique ; il est probablement le

dernier de la série ; il ne fait pas double emploi avec notre second sismothère.

Rappelons que pour obtenir des crises convulsives chez un même individu avec un courant minimum en un temps donné, il faut que  $I^2Rt = C^e$ ,  $I$  étant l'intensité mesurée en ampères,  $R$  la résistance en ohms,  $t$  le temps en secondes. Règle que nous avons mise en évidence en avril 1941 et que nous avons exposée à la séance de la Société médico-psychologique de juillet 1941.

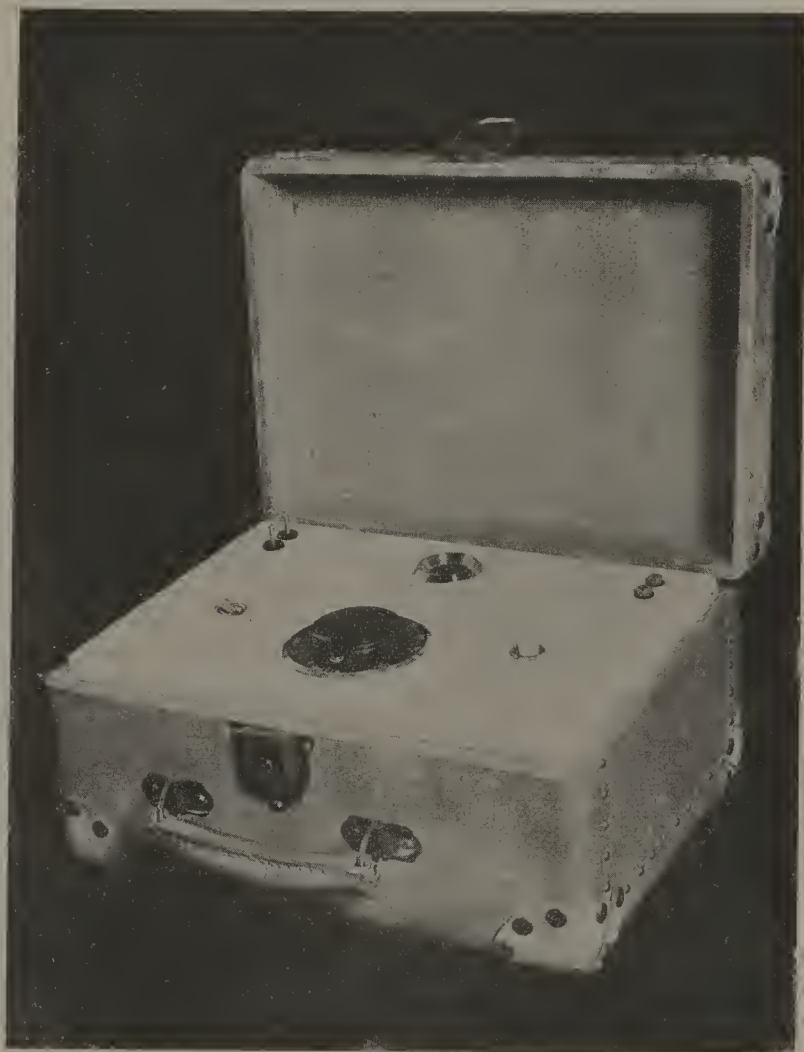
Rappelons qu'avec notre *premier* sismothère on mesure la résistance de la boîte crânienne  $R$  sous une faible force électromotrice, on détermine  $I$  au moyen d'une règle à calcul spéciale, on fait le produit  $I^2R = P$  ( $P$  est la puissance) et on agit sur la durée du temps de passage  $t$  de telle façon que  $I^2Rt = C^e$ . Remarquons en passant que chacun des facteurs  $I$  et  $R$  ne sont pas les mêmes au moment de la mesure et au moment du choc mais que c'est grâce à un dispositif spécial, le produit  $I^2R$  qui est constant. Ainsi avec ce *premier* appareil *trois facteurs sont à déterminer*,  $R$ ,  $I$ ,  $t$ .

Avec notre *second* appareil nous sommes arrivés à évaluer la puissance  $P = I^2R$  qui sera dissipée lors du choc dans le circuit extérieur quelle que soit sa résistance, en dehors de résistances très basses. On agit également sur le temps  $t$  de telle façon que  $Pt = C^e$ . Il ne reste donc plus que *deux facteurs à déterminer*  $P$ ,  $t$ .

Avec notre *troisième* sismothère, celui que nous présentons aujourd'hui, nous laissons  $P$  fixe = 10 watts par 1/10 de seconde et nous faisons varier seulement la durée du temps de passage du courant. Le cadran du chrono-interrupteur est gradué directement en watts. Au premier 1/10 de seconde, nous avons inscrit 10 watts, au deuxième 1/10 de seconds 20 watts, etc... jusqu'au douzième 1/10 de seconde (1 sec. 2) où nous avons 120 watts. Il n'y a donc plus qu'un *seul facteur à déterminer*, la constante, c'est-à-dire le nombre de watts nécessaires pour déclencher la crise. Comme nous l'avons dit, cet appareil est probablement le dernier de la série n'ayant plus d'autre variable intéressante à faire varier. On pourrait évidemment faire varier  $P$  en laissant  $t$  fixe, mais on arriverait à la complexité, donc au poids, de notre second sismothère (1).

(1) A l'instar de certains constructeurs qui font passer un courant à peu près fixe mais trop élevé, on aurait pu simplifier encore notre sismothère en prenant une  $C^e$  élevée et fixe (100 watts par exemple) ; on supprimerait ainsi tout réglage. Nous nous sommes abstenus de cette solution facile parce que les coupes histologiques faites par le docteur Marchand nous ont montré que les surdosages peuvent produire des lésions microscopiques parfois considérables.

*Manipulation.* — On abaisse l'interrupteur général qui se trouve à gauche, la lampe témoin s'éclaire, on place l'index du seul bouton sur le nombre de watts désiré ; pour déclencher la



crise on appuie sur le bouton poussoir de droite. Par l'intermédiaire de ce bouton, on établit le courant qui s'interrompt automatiquement lorsque l'énergie voulue est utilisée. Pendant la phase électrique du traitement la lampe témoin s'éteint pour s'allumer de nouveau lorsque le courant de choc est interrompu.



AVANTAGES. — Comme on le voit, le réglage de cet appareil ne comprend qu'une seule manœuvre importante, à savoir : mettre l'index du bouton central sur le nombre de watts désiré.

Cet appareil est plus robuste, comporte moins de contacts que le précédent et ne comprend aucun organe fragile tel qu'un appareil de mesure. Ceci est important, ce sismothère étant destiné à être transporté.

INCONVÉNIENTS. — Ce nouveau sismothère *ne permet pas de faire varier la puissance*, celle-ci est déterminée une fois pour toutes par construction. Il ne laisse donc pas la même liberté à l'opérateur de jouer soit sur la puissance, soit sur le temps, c'est ce qui le différencie de notre second appareil. Pour augmenter l'énergie à dissiper dans la boîte crânienne, il faut augmenter la durée du temps de passage. Remarquons qu'avec nos deux premiers modèles, les temps de passage sont de 3 à 5/10 de seconde et avec celui-ci, pour des durées de 3 à 5/10 de seconde nous avons de 30 à 50 watts, c'est-à-dire des énergies correspondant aux énergies couramment utilisées pour produire les crises convulsives.

Cet appareil réduit ne comprend pas de régulateur de tension, en dehors de la stabilisation automatique du chrono-interrupteur. L'appareil est construit pour fonctionner sous 115 volts alternatifs, 50 périodes. Les faibles élévations ou diminutions de tension de secteur font varier légèrement la puissance (1). D'une part, dans la pratique, ces faibles variations n'ont qu'une importance relative (on n'est pas à deux ou trois watts près) ; d'autre part, les séances d'électro-choc ont souvent lieu aux mêmes heures et les réseaux de distribution de Paris donnent généralement aux mêmes heures pratiquement les mêmes tensions, les charges en ligne étant sensiblement les mêmes. Si la tension du réseau était très instable il y aurait lieu d'intercaler entre le secteur et l'appareil un survolteur dévolteur.

CONCLUSIONS. — Voici — nous le croyons — un petit appareil très portatif, de manipulation réduite à sa plus simple expression qui rendra les plus grands services dans le traitement ambulatoire des psychoses (2).

La séance est levée à 17 heures 30.

*Les secrétaires des séances :*

Paul CARRETTE et Pierre MENUAU.

(1) Nous entendons par faibles variations, des variations de l'ordre de 5 0/0.

(2) Construit par M. Chillaud, ingénieur-constructeur, 73, rue Claude-Bernard, à Paris.

# SOCIÉTÉS

---

## Société de Neurologie de Paris

---

*Séance du 12 novembre 1942*

---

Présidence : M. PASTEUR VALLERY-RADOT, président

---

**Hernie discale déterminant dans deux cas un tableau de compression médullaire avec syndrome de Brown-Séquard. Opération. Guérison,**  
par MM. N. PÉRON, J. LEREBoullet, J. GUILLAUME et Ch. RIBADEAU-DUMAS.

Observations comparables de syndrome de Brown-Séquard avec troubles radiculaires des membres supérieurs et arrêt lipidolé chez des sujets de 40 ans. Dans les deux cas, l'intervention montra une grosse hernie discale avec un nodule fibro-cartilagineux très dur comprimant fortement la moelle : l'ablation, difficile, amena la guérison.

**Le coma hypoglycémique spontané. Etude anatomo-clinique,**  
par MM. LERHMITTE et SIGWALD.

Nouvelle observation de coma hypoglycémique spontané, d'emblée profond, avec glycémie à 0 g. 30 et mort rapide malgré la thérapeutique. La partie glandulaire de l'hypophyse était réduite, dépouillée de ses éléments chromophiles, avec une trame épaissie. Il existe une modalité de coma hypoglycémique en relation avec une carence alimentaire à déterminer et aussi avec une réduction considérable de l'activité des sécrétions hormonales de l'hypophyse antérieure.

**La forme pseudo-angineuse de l'épilepsie Bravais-Jacksonienne symptomatique d'une volumineuse tumeur pariétale droite,** par MM. ALAJOUANINE, THUREL et HOUDARD.

Observation d'une femme de 51 ans présentant des crises avec augoisse et constriction précordiale. L'attention fut attirée par l'existence simultanée

de fourmillements de la main, puis du poignet et enfin de la moitié gauche de la lèvre. L'hyperalbuminose rachidienne fit pratiquer une ventriculographie qui décela une grosse tumeur pariétale ; l'opération montra qu'il s'agissait d'un méningiome.

**Considérations sur un cas d'anastomose de l'hypoglosse et du facial,**  
par MM. ANDRÉ-THOMAS et J. de AJURIAGUERRA.

Présentation d'une malade atteinte depuis 20 mois de paralysie faciale par traumatisme opératoire ; l'anastomose avait été pratiquée plus tard. Les auteurs étudient les mouvements volontaires, les syncinésies, les mouvements réflexes. Le résultat n'est pas indifférent, la malade arrivant à faire, grâce à des syncinésies, des mouvements utiles comme celui de fermer l'œil. Cette anastomose de l'hypoglosse et du facial paraît préférable à l'anastomose du facial et du spinal, le sujet ne pouvant dans ce cas remuer la face qu'au prix de mouvements de l'épaule.

**Hémiasomatognosie et troubles de la dénervation par tumeur**  
pariétale droite, par MM. HÉCAËN, DAVID ET FRANQUET.

Observation d'une malade présentant une hémiasomatognosie gauche, sans paralysie mais avec contracture à type volontaire du bras, troubles sensitifs importants du même côté et, de plus, un état confusionnel. L'intervention montra un gliome pariétal intéressant surtout la substance blanche du gyrus supramarginalis et épargnant Fa. Les troubles du schéma corporel disparurent après intervention, mais les troubles mentaux et sensitifs persistèrent.

**Sur la dysréflexie vestibulaire croisée, sa valeur en tant que signe**  
objectif chez les traumatisés crâniens, par M. BARRÉ.

M. Barré rappelle les modalités de ce trouble des réactions labyrinthiques qu'il a décrit avec M. Charbonnel et montre son intérêt pratique au cours de diverses affections, en particulier chez les traumatisés du crâne en tant que signe objectif.

**Troubles moteurs centraux affectant les deux membres d'un même côté**  
consécutivement à un traumatisme ayant atteint un seul de ces  
membres, par MM. BARRÉ et ROHMER.

Les auteurs rapportent un nouveau cas de ce syndrome : un sujet, ayant eu deux doigts coupés, présenta quelques heures après la régularisation de la plaie de vives douleurs, puis apparurent un tremblement et une faiblesse des doigts épargnés. Au bout de 10 mois, le tremblement, les douleurs et la parésie s'étendirent à tout le bras, actuellement, ils tendent à réaliser un type hémiplégique.

**Paraplégie spasmodique et xanthomes tendineux associés,**  
par M. THIÉBAUT.

Observation d'une femme atteinte de paraplégie spasmodique, sans troubles sensitifs sphinctériens, ni anomalies à la ponction lombaire ; des xanthomes tendineux sont apparus simultanément : peut-être s'agit-il d'une forme spinale de cholestérinose ?

Suites opératoires de neuro-chirurgie ; phlébites, pneumonies. Problèmes des centres supérieurs du sympathique, par MM. PUECH, MICOUD, GOLSE et BRUN.

Les auteurs montrent que, dans ces suites, on peut observer des phlébites et des pneumonies, toujours après intervention sur le cerveau et surtout le lobe frontal, jamais après opération sur le cervelet ; elles siègent du côté opposé à l'intervention. Ces faits soulèvent la question des centres supérieurs du sympathique. On connaît le rôle des excitations sympathiques dans la genèse des phlébites, peut-être faut-il envisager un phénomène de même ordre, de répercussivité d'origine centrale.

Un cas d'hypotension intracrânienne spontanée, avec constatations anatomiques, par MM. PUECH, LHERMITTE, BUVAT, LERIQUE-KOECHLIN et PERRIN.

Les auteurs rapportent un cas mortel d'hypotension intracrânienne spontanée et récidivante. L'autopsie montra l'atrophie des plexus choroïdes qui explique l'hypotension dans ce cas. Il ne semble pas possible de rattacher tous les cas d'hypotension intra-ventriculaire spontanée à une seule pathogénie.

Syndrome neuro-anémique et malaïe osseuse de Paget,  
par MM. Ch. RIBADEAU-DUMAS et M. ROUZAUD.

Les auteurs rapportent un cas de cette association chez une femme de 67 ans ; il ne paraît pas y avoir d'étiologie commune entre les deux syndromes et en particulier, la syphilis n'était pas en cause.

Myélotomie postérieure pour algies rebelles, par M. J.-M. GUILLAUME.

M. J. Guillaume a pratiqué cette opération, préconisée par Leriche et qui permet par la section des fibres commissurales de réaliser une analgésie complète, dans un cas d'algies thoraciques post-zostériennes après échec de la radicotomie, dans un cas de moignon douloureux, et chez un amputé qui présentait une impression de membre absent et des douleurs dans le pied fantôme. L'intervention a été bien supportée dans les trois cas et a donné un résultat complet.

Un cas de cénurose de la fosse cérébrale postérieure,  
par MM. H. ROGER, J. SAUTET et J.-E. PAILLAS (de Marseille).

Observation chez une femme de 42 ans d'un cas tout à fait exceptionnel par sa nature parasitaire. Il s'agissait ici du cénure de *Multiceps multiceps*.

Le réflexe linguo-mentonnier, par M. Lucien CORNIL.

Lorsqu'on pique légèrement, avec une pointe mousse, de préférence un stylet de brodeuse en os, la face supérieure de la langue légèrement étalée hors de la bouche, son bord antérieur dépassant seulement de 1 cm. l'arcade dentaire inférieure, on observe une contraction brusque des muscles de la houppe du menton du côté de l'hémilangue irrité.

---

Séance du 3 décembre 1942

---

**Nouvelle contribution à la connaissance des troubles périphéro-centraux réflexes post-traumatiques : (le type périphéro-pyramidal de ces troubles), par M. J.-A. BARRÉ.**

M. L. Barré rapporte l'observation d'une femme blessée à la main en 1925, atteinte aussitôt de douleurs disproportionnées qui se sont étendues peu à peu à tous les doigts, puis au bras, à l'épaule et à la nuque. En 1935, elle eommença à ne plus pouvoir tenir les objets lourds et remarqua qu'après une phase d'hyperesthésie thermique, elle présentait de l'hypoesthésie. Actuellement on note une parésie du bras, des mouvements anormaux de la main, une inversion de tous les réflexes du bras et une anesthésie totale jusqu'à l'épaule. C'est un nouvel exemple du type périphéro-pyramidal de ces troubles dont il existe aussi un type associant les manifestations périphériques et extra-pyramidales.

**Obnubilation épileptique et électro-encéphalogramme,**  
par MM. G. HEUYER, A. HUREZ et RÉMOND.

Observations de trois sujets présentant un état d'obnubilation en imposant au premier abord pour de l'arriération intellectuelle. Malgré l'absence de crise, la nature épileptique de ces troubles a pu être affirmée par les constatations électro-encéphalographiques mettant en évidence des perturbations réalisant un véritable état de mal infra-clinique. Le traitement anti-épileptique n'a eu aucun effet sur l'obnubilation.

**Sur un trouble dérégulant la fixation attentive du regard, par M. A. TOURNAY**

M. A. Tournay décrit un trouble portant essentiellement sur la fixation attentive du regard, sans perturbations des dispositifs moteurs assurant la conjugaison des mouvements des yeux ni des dispositifs sensoriels assurant la reconnaissance par la vision. Le comportement attentif n'est pas affaibli et les sujets, malgré leurs efforts, ont de la difficulté à situer les objets d'emblée dans une moitié du champ visuel. Chez quatre sujets, les signes associés sont unilatéraux et il est probable que le trouble dépend d'une atteinte de la partie postérieure de la face externe de l'hémisphère ; peut-être faut-il les localiser au liseré de cellules pyramidales géantes situé entre les aires striée et para-striée.

**Essais de traitement de l'épilepsie par l'électro-choc,**  
par MM. RONDEPIERRE et VIÉ.

MM. Rondepierre et J. Vié ont traité 12 sujets atteints d'épilepsie essentielle par l'électro-choc. L'action sur les crises n'est pas évidente, surtout lorsqu'elles sont peu fréquentes. Par contre, les troubles du caractère sont souvent améliorés d'une façon remarquable.



**Etude de la régression d'un syndrome pariéto-temporal, consécutif à un glioblastome, par MM. LHERMITTE et HECAEN.**

Les auteurs ont observé chez un homme de 50 ans opéré incomplètement d'une tumeur infiltrée pariéto-temporale gauche, un syndrome caractéristique de cette localisation : hémianopsie droite, éecité verbale avec agraphie, astéréognosie bilatérale, troubles de l'autotopognosie et de l'orientation temporelle et spatiale, agnosie apraxique géométrique. La radiothérapie a fait régresser partiellement les troubles ; l'évolution a confirmé que la praxie constructive est à séparer de la praxie géométrique.

**Examen anatomo-pathologique d'un cas de syndrome cérébelleux progressif non héréditaire avec abolition des réflexes tendineux des membres, par MM. G. GUILLAIN, I. BERTRAND et M<sup>me</sup> GODET-GUILLAIN.**

Observation d'une femme atteinte, à 35 ans, d'une affection non-héréditaire caractérisée par un syndrome cérébelleux progressif et par l'abolition de tous les réflexes tendineux des membres. Aucun signe clinique ou humoral de syphilis n'a pu être décelé. L'autopsie montra une atrophie olivoponto-cérébelleuse et la dégénération des cordons postérieurs de la moelle. Cette dernière lésion et l'abolition des réflexes n'appartiennent pas normalement à la maladie de Déjerine et André-Thomas ; il existe cependant dans la littérature trois cas anatomo-cliniques semblables.

**Etude anatomo-clinique d'une méningo-encéphalite à Torule à forme d'hypertension intracrânienne aiguë, par MM. H. ROGER, Y. POURSIGNES (de Marseille), PITOT et TEMPIER (de Nîmes).**

Ce cas qui rappelle ceux publiés depuis la revue générale de Freemann (1931) s'en distingue par une évolution aiguë dont l'ensemble n'a pas dépassé trois mois et demi.

---

*Séance du 7 janvier 1943*

---

**Présidence : M. FAURE-BEAULIEU, président**

---

**Les amnésies expérimentales après électro-choc, par M. J. DELAY.**

M. J. Delay a observé des troubles mnésiques plus ou moins discrets dans 70 pour 100 des cas, sur un ensemble de 105 malades ayant subi 980 électro-chocs. Ces amnésies sont rétrogrades (avec trois variétés : parcellaires, lacunaires et thématiques) ou antérogrades (constituant des amnésies de mémorisation et non de fixation). Les deux types peuvent s'associer entre eux et

s'accompagner de délires de mémoire. Les malades soumis à l'électro-choc ambulatoire doivent rester sous surveillance pendant la durée du traitement. L'apparition des amnésies ne contre-indique pas la continuation du traitement car elles disparaissent lors des séances ultérieures ou quelques semaines plus tard.

**Algie fémoro-cutanée symptomatique d'un neurofibrolipome  
périphérique, par M. R. THUREL.**

M. R. Thurel rapporte un cas d'algie fémoro-cutanée dans laquelle la douleur s'estompait à partir d'un point central au niveau duquel la palpation mettait en évidence un nodule : il s'agissait d'un neuro-fibrome siégeant dans le vaste externe et dont l'ablation a fait disparaître les douleurs.

**Troubles pyramidaux de type déficitaire et contractures réflexes  
après traumatisme périphérique, par M. J.-A. BARRÉ.**

Chez un sujet présentant, après un choc violent ayant porté sur le membre inférieur, des troubles physiopathiques typiques, M. Barré a mis en évidence des signes pyramidaux déficitaires. La présence de ces signes constitue un élément objectif qui s'ajoute à ceux dont Babinski et Froment ont fait état dans leur description classique et implique l'extension aux cordons latéraux du processus physiopathologique. Les paralysies amyotrophiques peuvent avoir une origine centrale et la manœuvre de la jambe établit leur type pyramidal déficitaire ; les troubles physiopathiques peuvent avoir une origine spinale et certains dépendent d'une altération pyramidale.

**Sur le prétendu syndrome moteur préfrontal homo-latéral. Considérations cliniques et pratiques, par MM. J.-A. BARRÉ, GIROIRE, CHARBONNEL et COLAS.**

Observation d'un sujet qui, six semaines après une chute sur la bosse frontale droite ayant déterminé une courte perte de connaissance, présenta des troubles psychiques et un syndrome pyramidal déficitaire pur du côté droit. L'intervention permit l'ablation d'un gros hématome fronto-occipital gauche et les troubles moteurs disparurent aussitôt. Par précaution, un trou de trépan fut fait du côté du traumatisme et ne montra rien d'anormal. Cette observation confirme les données classiques ; contrairement à des affirmations récentes, les lésions frontales provoquent un syndrome moteur hétérolatéral et non homolatéral.

**Syndrôme de démonopathie externe compliqué d'amyotrophie progressive myélopathique, consécutif à une encéphalite épidémique, par M. LHERMITTE.**

Présentation d'un parkinsonien post-encéphalitique ayant d'une part un syndrome de démonopathie avec hallucinations auditives de type palilalique et d'autre part une amyotrophie des bras, de la ceinture scapulaire, des muscles masticateurs et de la face, évoluant progressivement depuis plus de 7 ans. Il y a là un nouveau témoignage de la diffusion des lésions de l'encéphalite frappant les deux pôles du système nerveux, neurone périphérique et appareil régulateur de la vie psychique.

**Pseudo-sclérose type Westphal-Strümpell avec signes de diffusion,**  
par MM. CARROT, PARAIRE et CHARLIN.

Présentation d'un sujet de 46 ans, atteint de pseudo-sclérose de Westphal-Strümpell. La symptomatologie veineuse et oculaire (cercle cornéen) est typique, mais le malade a également des troubles sphinctériens et des signes pyramidaux qui indiquent une diffusion inaccoutumée du processus. Il est à noter que trois ans avant les premiers signes, le malade avait eu un état confusionnel après un traumatisme crânien grave.

**Tumeur du III<sup>e</sup> ventricule opérée,** par MM. KLEIN et THIÉBAUT.

Présentation d'un sujet ayant des crises jacksoniennes gauches, une paralysie faciale et de la stase. Une première exploration fronto-pariétale droite ayant été négative, une ventriculographie fut faite ; elle montra une tumeur de la paroi postérieure du 3<sup>e</sup> ventricule développée dans la cavité même de celui-ci. Cette tumeur, un neuroblastome, fut enlevée à travers le corps calleux et la toile choroïdienne : c'est la première fois qu'une telle extirpation a pu être faite avec succès.

**Syndromes myxœdémateux et myotonique associés,** par M. THIÉBAUT.

Présentation d'un sujet de 30 ans chez qui évoluent depuis 3 ans un syndrome myxœdémateux (facies typique, abaissement du métabolisme, hypercholestérinémie) et des phénomènes myotoniques (crampes dans les cuisses et les bras, réaction myotonique mécanique).

---

*Séance du 4 février 1943*

---

**Névrite optique bilatérale survenue à la 23<sup>e</sup> année de l'évolution**  
**d'une maladie de Friedreich,** par MM. L. ROCQUÈS et J. VOISIN.

Observation d'un sujet de 41 ans qui, à la 23<sup>e</sup> année de l'évolution d'une maladie de Friedreich, a présenté une névrite optique ayant touché les deux yeux à deux mois de distance, intéressant le faisceau maculaire avant de s'étendre à presque toutes les fibres du nerf et entraînant une atrophie papillaire de type primitif. Si l'apparition tardive de cette complication est habituelle, il est exceptionnel que l'atrophie aboutisse en moins d'un an, comme dans ce cas, à une baisse très accusée de la vision.

**Un cas de 5<sup>e</sup> ventricule,** par MM. DAVID, HECAEN et HERY.

Observation d'un sujet présentant une hémiparésie droite, des crises sensitivo-motrices faciales droites et de la stase papillaire. La ventriculographie

montra une cavité médiane au-dessus du 3<sup>e</sup> ventricule et entre les ventricules latéraux, la cavité fut abordée par voie transcalleuse et les résultats furent favorables. Cette cavité doit avoir son origine dans le développement de la fente virtuelle qui existe normalement dans le septum lucidum ; il semble que sa communication, avec le système ventriculaire ait été secondaire et non préformée.

**Hématome calcifié de la moelle dorso-lombaire avec dilatations variqueuses de voisinage**, par MM. DAVID, CARROT, PARAIRE et CHARLIN.

Observation d'un sujet présentant après un traumatisme des signes d'irritation et de déficit pyramidal et un syndrome algique. L'intervention montra que la moelle était « blindée » par un tissu calcifié, avec des dilatations veineuses spéciales, sus- et sous-jacentes ; la plaque ne put être enlevée totalement et les veines furent électro-coagulées. C'est sans doute à la laminectomie et à la coagulation des veines supprimant une lésion érectile à conditionnement vaso-moteur électif que sont dues l'amélioration fonctionnelle considérable et la disparition quasi-totale des douleurs.

**Tremblement spasmodique intentionnel des membres supérieurs consécutif à l'intoxication par le bromure de méthyle. Exemple de syndrome strié toxique, rappelant le tremblement, de la pseudo-sclérose de Westphal-Strümpell**, par MM. THIÉBAUT, DAUM et HENROT.

Syndrome strié d'origine toxique rappelant le tremblement d'action de la pseudo-sclérose de Westphal-Strümpell ; les auteurs soulignent que l'action des émotions et de l'aide apportée par un tiers augmentent les troubles, tandis que l'ingestion d'alcool, les distractions, l'aide apportée par le sujet lui-même les atténuent.

**Méningite séreuse encéphalitique à forme pseudo-tumorale, apparemment guérie par trépanation décompressive (Intérêt des examens d'électro-biologie cérébrale)**, par MM. PUECH, S. THIÉFFRY, M<sup>me</sup> LERIQUE et M. P. DESCLAUX.

Présentation d'un enfant atteint, après un syndrome méningé aigu, d'une hémiplegie progressive avec somnolence et stase papillaire. La ventriculographie a montré qu'il s'agissait d'une méningite séreuse : guérison complète obtenue par une simple décompressive. L'électro-encéphalogramme avait montré à la phase aiguë de nombreuses ondes lentes, surtout dans la région motrice gauche, et il en persiste encore quelques bouffées malgré la guérison clinique.

**Hallucinoze musicale après électro-choc**,  
par MM. LHERMITTE et PHARCHEMINY.

Observation d'une obsédée, traitée avec succès par l'électro-choc, chez laquelle apparurent transitoirement des hallucinations auditives continues à type musical ; ces hallucinations, qui ne se distinguaient que difficilement des sonorités réelles par le manque de liaison logique avec la situation,

paraissent avoir été favorisées par la surdité de la malade et par ses grandes aptitudes musicales.

**Etude anatomique d'un cas de myoclonies synchrones et rythmique. vélo-pharyngo-laryngo-oculo-diaphragmatiques,** par MM. G. GUILLAIN  
Ivan BERTRAND et M<sup>me</sup> GODET-GUILLAIN.

Etude anatomique d'un cas de myoclonies rythmiques vélo-pharyngo-laryngées ; les auteurs insistent sur les lésions du noyau dentelé et des olives, notées dans ce cas comme dans ceux qu'ils ont déjà relatés.

**Remarques complémentaires sur la myélotomie postérieure,**  
par M. J. GUILLAUME.

Observations de sujets traités par cette intervention bien plus anatomique que la cordotomie et laissant moins de séquelles. Chez l'un des malades, la section des racines postérieures n'avait donné aucun résultat.

**Phlébectomie dans un cas de thrombose de la veine rolandique.**  
Guérison, par M. J. GUILLAUME.

Observation d'une femme qui présente des crises jacksoniennes droites, une hémiplégie progressive et un coma avec stase papillaire ; le ventricule gauche était refoulé à droite. A l'intervention, l'hémisphère gauche était œdématisé et la veine rolandique thrombosée ; après résection de la veine, l'œdème régressa en deux jours. La guérison est pratiquement complète. Il est probable que la phlébectomie a joué un rôle important, à côté de la trépanation de l'œdème.

**Sur le traitement de l'œdème aigu pulmonaire d'origine nerveuse,**  
par M. G. TARDIEU.

Dans les œdèmes aigus du poumon, consécutifs aux lésions nerveuses expérimentales, la novocaïne en injections intraveineuses est sans effet ; la morphine à petites doses subintrantes intraveineuses empêche l'apparition de l'œdème, mais ne supprime pas le collapsus.

**Paraplégie traumatique datant de 15 ans. Intervention. Guérison,**  
par M. Daniel FERREY (de Saint-Malo).

**Syringomyélie secondaire à une blessure de la moelle dorsale supérieure,** par M. P. COSSA (de Nice).

---



## Société de Médecine Légale de France

---

Séance du 14 décembre 1942

---

### Etude des moyens d'action de la lutte anti-alcoolique

A la suite d'une communication de M. R. Piédelièvre dans la séance du 9 novembre 1942, une commission composée de MM. Coste, Dérobert, Duvoir, Fabre, Heuyer, Hugueney, Piédelièvre et Rayneau avait été désignée pour l'élaboration d'un vœu en faveur de la lutte contre l'alcoolisme. Dans sa séance du 14 décembre 1942, la Société de médecine légale de France a émis le vœu suivant :

*« Une lutte draconienne et des mesures révolutionnaires s'il y a lieu doivent, dès maintenant, être envisagées d'urgence pour libérer dorénavant la France de l'intoxication alcoolique. »*

La Société de médecine légale conseille, en outre, de prendre dès à présent, les dispositions suivantes parmi d'autres :

#### A. — Mesures intéressant la production

- 1° Suppression définitive et effective du privilège des bouilleurs de cru ;
- 2° Interdiction de fabrication des apéritifs au-dessus de 16° ;
- 3° Interdiction de fabrication de toute boisson alcoolique anisée ;
- 4° Résorption de l'excédent des produits des vignobles par l'industrie des jus de fruits et par l'utilisation industrielle de l'alcool ;
- 5° Encouragement au développement et au perfectionnement de l'industrie des jus de fruits ;
- 6° Nomination de la Commission permanente interministérielle de la lutte contre l'alcoolisme prévue par l'article 29 du titre IV de la loi du 23 septembre 1941.

#### B. — Mesures intéressant la consommation

- 1° Réduction du nombre des débits calculés sur la base de un débit pour 450 habitants et répartition de ceux-ci selon les principes de la réduction des officines de pharmacie ;
  - 2° Limitation sévère des heures de consommation des boissons alcoolisées dans ces débits.
- Fermeture immédiate des débits en cas de troubles sociaux.

#### C. — Mesures concernant la répression

- 1° Création d'un Service national de la répression de l'alcoolisme chargé du contrôle de l'application des mesures ci-dessus ;
- 2° Création d'un Service national biologique de la répression de l'ivresse ;
- 3° Répression intense de l'alcoolisme : aggravation des peines dans les crimes et délits commis au cours de l'ivresse ;

4° Vérification biologique de l'état d'imprégnation de tout auteur d'accident, crime ou délit suspect d'état d'ébriété selon les bases établies par le Service national biologique de la répression de l'ivresse (Dosage de l'alcool dans le sang déjà réclamé par la Société de Médecine légale de France).

D. — Mesures concernant la prophylaxie sociale

1° Création d'asiles de buveurs pour les alcooliques susceptibles de troubler l'ordre public et la sécurité des personnes ;

2° Internement judiciaire des intéressés ;

3° Surveillance médicale obligatoire des buveurs après leur sortie des asiles, par les Dispensaires d'hygiène mentale à créer ;

4° Création de Commissions médico-judiciaires locales (déjà réclamées pour la sortie des aliénés criminels) ;

5° Création de Centres sociaux de réunion par remplacement des débits de boissons supprimés ;

6° Suppression de toute propagande en faveur des alcools et du vin. Suppression de l'article 16 de la loi du 4 juillet 1931 ;

7° Réalisation effective d'une propagande anti-alcoolique démontrant non seulement le rôle du vin et de l'alcool sur la morbidité, la mortalité, les troubles sociaux qu'ils engendrent, mais surtout l'inanité des arguments faisant de l'alcool un aliment, source de chaleur et de force ;

8° Extension de l'enseignement de l'anti-alcoolisme dans le cadre de l'Education nationale.

R. C.

---

## Société de Médecine mentale de Belgique et Société Belge de Neurologie

---

*Séance commune du 19 décembre 1942*

---

Président : M. A. LEROY, secrétaire

---

### Les complications du choc insulinaire et la conduite thérapeutique, par M. M. LEROY.

Après avoir décrit longuement la technique de l'insulinothérapie, l'auteur discute la pathogénie du coma prolongé non-hypoglycémique. Il semble que cet accident, que rien ne permet de prévoir, dépende en partie d'une atteinte du plancher du 3<sup>e</sup> ventricule qui contient les centres de la régulation thermique, hydrique, et du métabolisme des hydrates de carbone. D'autre part, la capacité d'utilisation du glucose par la cellule nerveuse semble touchée également.

Des résultats favorables ont été obtenus pour combattre cet accident, par l'administration du complexe vitaminique B<sub>1</sub> B<sub>2</sub> et acide ascorbique, conjointement à la rehydratation phosphatée et bicarbonatée de l'organisme.

#### **Sclérose en plaques traumatique, par M. A. LEROY.**

Relation du cas d'un jeune homme de 22 ans qui à la suite d'une chute avec commotion légère et plaie superficielle de la jambe gauche, développa une affection nerveuse qui fut prise pendant plusieurs années pour de l'hystérie en raison de troubles sensitifs du membre blessé, étendus ensuite à tout le côté gauche. Il s'agissait en réalité d'une sclérose en plaques à forme amyotrophique accompagnée de troubles de la sensibilité. L'origine traumatique de certaines scléroses en plaques n'est pas douteuse, et le cas de ce malade démontre combien il faut être prudent avant de parler d'hystérie.

#### **Insulino- et convulsivothérapie, par M. HOVÉN.**

L'auteur apporte la statistique des cas traités par lui depuis 4 ans.

107 malades, principalement des schizophrènes, ont été soumis à l'insulinothérapie, 350 malades ont été traités par la convulsivothérapie. Les résultats confirment dans leur ensemble les données classiques. Des malades âgés et des femmes enceintes ont supporté sans inconvénients la convulsivothérapie.

#### **Impulsion criminelle sur base cyclothymique, par MM. F. D'HOLLANDER et C. ROUVROY.**

Relation du cas d'un homme de 34 ans, sans antécédents judiciaires, qui brusquement, sans motif apparent, incendia sa maison. Il présenta ensuite un état d'égarement passager, puis alla se constituer prisonnier le lendemain. A l'examen, il ne présentait plus aucun signe d'anomalie psychique et ne pouvait expliquer son acte. L'analyse des antécédents du sujet et des particularités de sa vie familiale permet d'établir qu'il s'était agi d'une impulsion anxieuse, véritable raptus avec égarement consécutif, chez un cyclothyme.

#### **L'électrochoc, par MM. R. BAUDOUX et T. HENUSSE.**

Les auteurs présentent l'appareil et démontrent son fonctionnement sur des malades. Après en avoir décrit les particularités techniques, ils résument nos connaissances actuelles au sujet des indications de son emploi. L'électrochoc ne remplace aucun des procédés actuellement utilisés ; il apporte une arme nouvelle dans la lutte contre les maladies mentales. Ses avantages sont : le déclenchement instantané de la crise qui ne laisse aucun souvenir désagréable, la rareté des incidents physiques, le caractère modéré des sécrétions bronchiques consécutives. Les expériences de contrôle chez l'animal ont montré que le courant utilisé ne peut jamais être mortel, et que pour déterminer des lésions cérébrales irréversibles il faut employer des courants beaucoup plus fort. La vieillesse, la tuberculose et la gravité ne seraient pas des contre-indications.

Les résultats sont surtout intéressants dans la mélancolie, l'anxiété, la manie. Ils paraissent nuls dans la schizophrénie, et franchement mauvais chez les psychasthéniques avec obsessions.

**Polioencéphalite hémorragique de Wernicke,**  
par MM. R. DELCOURT et TENRET.

Une femme de 33 ans, atteinte de tuberculose pulmonaire cliniquement guérie, présentait un syndrome de migraine ophtalmoplégique et mourut rapidement. A l'autopsie, on ne trouva aucune lésion intra-orbitaire ou cérébrale, mais un piqueté hémorragique au niveau de la protubérance, et une tuberculose miliaire en évolution dans les autres organes. L'examen histologique de la protubérance révéla l'existence d'une dilatation vasculaire très accentuée au niveau de ce piqueté hémorragique, mais pas de lésions des éléments nerveux. Ce cas serait à rapprocher de la polioencéphalite hémorragique et s'expliquerait par une diathèse hémorragique survenue à la faveur de la tuberculose chez un sujet prédisposé.

**Etude anatomo-clinique d'un cas de chloroleucémie,** par M. DELFOSSE.

Un homme de 24 ans développa en quelques mois une paraplégie spastique avec légers troubles cérébraux associés, exophtalmie bilatérale, épistaxis, hémorragies gingivales. Un syndrome leucémique avec anémie grave fut mis en évidence. Une longue tumeur verdâtre, extra-durale, comprimait la moëlle de D<sub>4</sub> à D<sub>12</sub> ; il existait en outre des foyers chloromateux disséminés. Les altérations du sang et les troubles du système réticulo-endothélial jouent le rôle principal dans l'altération du système nerveux et expliquent la dégénérescence de la myéline ; il s'agit d'un processus inflammatoire lipolytique. Les parois vasculaires sont très peu altérées et il est certain que les lésions des vaisseaux ne jouent qu'un rôle secondaire malgré l'extravasation de très nombreux globules blancs. Le mécanisme des altérations nerveuses est analogue à celui des neuro-anémies.

J. LEY.

*Séance du 30 janvier 1943*

**Présidence : M. L. van BOGAERT, président**

**Décès du Professeur G. Vermeylen**

En ouvrant la séance, *M. le Président* annonce le décès de M. le Professeur Guy Vermeylen, et prononce l'éloge funèbre du disparu. Il retrace sa brillante carrière scientifique, rappelle son inlassable et courageuse activité dans le domaine social, et adresse à la famille et aux amis du défunt les condoléances de la Société.

**Torticollis spasmodique influencé par la position de la tête,** par M. J. LEY.

Présentation d'un malade de 59 ans atteint depuis six mois de contractions musculaires involontaires à caractère spasmodique, localisées d'abord aux

muscles de la face et plus récemment au cou. Au début les spasmes bucco-faciaux, qui gênent considérablement la parole, s'atténuent ou même disparaissent dans la position couchée. Actuellement encore cette position améliore les symptômes, et le malade a constaté fortuitement que la position tête en bas les fait disparaître complètement. Réflexes de posture exagérés aux membres inférieurs ; le reste de l'examen est entièrement négatif. Discussion de l'étiologie et de la pathogénie du syndrome.

**Paralysie post-traumatique de la main, du type dit hystérique, sans signes psychiques de névrose, par M. J. LEY.**

Présentation d'un ouvrier de 38 ans, atteint, à la suite d'un violent coup de marteau reçu il y a un an sur le dos de la main droite, d'une paralysie avec anesthésie et analgésie de type « hystérique ». Le membre a été pendant plusieurs semaines le siège d'un gonflement important, et il persiste des signes de troubles sympathiques locaux. Cependant les troubles sensitivo-moteurs ne peuvent s'expliquer que par des modifications de la conduction intracérébrale. L'examen psychologique ne révèle aucun signe de névrose ; le blessé travaille malgré ses troubles ; il ne se préoccupe que de conserver l'emploi qu'il a obtenu et ne désire pas de rente ; on ne lui connaît aucun « conflit personnel » qui pourrait expliquer une fuite dans la maladie ou qui pourrait faire croire à une affection à but utilitaire plus ou moins conscient.

Ce cas est versé à la discussion du rapport récent de M. Moreau, et montre le danger de règles trop rigoureuses dans l'interprétation des troubles dits hystériques.

**Tumeur frontale à évolution particulièrement rapide, par MM. J. VAN LAERE et A. SAMAIN.**

Etude anatomo-clinique d'un cas de tumeur du lobe frontal gauche, dont les premiers symptômes caractérisés par une hémiparésie droite légère survenue brusquement, furent suivis en quelques semaines d'une hémiplegie massive et de troubles mentaux graves : indifférence, apathie, symptômes de persévération, apparition d'un réflexe de préhension. Malgré une trépanation décompressive les symptômes continuèrent à s'aggraver et le décès survint deux mois après le début. Il s'agissait d'un spongioblastome multiforme, tumeur infiltrante envahissant la partie centrale du lobe frontal, les noyaux de la base et le corps calleux.

**Les troubles moteurs dus à la dénutrition, par M. E. SIMONART.**

Les troubles neuro-musculaires ont été peu étudiés dans les états de dénutrition. Les circonstances actuelles ont permis à l'auteur d'observer un certain nombre de cas de dénutrition grave, dont il décrit la symptomatologie subjective et objective. Le plus souvent les signes objectifs de névrite ou de polynévrite sont discrets ou font défaut. La faiblesse musculaire, les douleurs et les paresthésies se rencontrent surtout au niveau des membres inférieurs ; la démarche rappelle celle des myopathiques. Des examens ergographiques effectués au moyen d'un appareil construit spécialement par l'auteur montrent les modifications de la courbe de fatigue et permettent d'objectiver les résultats du traitement. L'insuffisance calorique du régime intervient probablement pour une part, mais c'est surtout la carence en vitamine B<sub>1</sub>



qui est en cause. En effet, sans rien changer au régime, on obtient des améliorations considérables par administration d'aneurine à hautes doses (50 à 100 milligrammes par jour pendant 24 jours par voie intraveineuse). Un film montre les résultats surprenants de ce traitement. Le dosage de l'acide pyruvique dans le sang a servi de test de la carence en vitamine B<sub>1</sub>.

L'auteur compare ces cas au béri-béri classique. La pathogénie de ces troubles reste obscure mais il pourrait s'agir de modifications de la transmission de l'influx nerveux par l'intermédiaire de l'acétylcholine dont l'action dépend en partie de la présence de l'aneurine ; celle-ci jouerait un rôle de compensation à l'égard de la corticale surrénale toujours altérée dans ces états de carence en vitamine B<sub>1</sub>. La faiblesse musculaire serait ainsi à rapprocher de l'asthénie de la maladie d'Addison.

**Les données électroencéphalographiques dans l'étude des épilepsies,**  
par M. G. NOEL.

L'auteur expose l'état actuel de la question à la suite des recherches effectuées chez l'homme dans l'épilepsie essentielle, les épilepsies symptomatiques, et chez l'animal par faradisation du cortex. Il montre les analogies qui existent entre les résultats obtenus dans ces divers cas et fait part de ses recherches personnelles sur l'animal. Il discute ensuite l'hypothèse d'un centre épileptogène sous-cortical, le rôle des phénomènes vaso-moteurs observés et celui de l'alcalose obtenue par hyperpnée.

J. LEY.

---

*Séance du 27 février 1943*

---

**Introduction à la psycho-pathologie du langage,**  
par M. J. BOBON.

Communication préliminaire relative à certaines formes des troubles du langage, comportant leur nomenclature et l'exposé des principales théories qui ont été émises pour les expliquer. L'auteur a étudié principalement les néologismes et présentera ultérieurement les résultats de ses recherches.

**Myélome solitaire vertébral, par M. L. ECTORS.**

Sur les quelque 500 cas de myélomes décrits dans la littérature on ne rencontre que 27 cas de myélome solitaire. L'auteur discute les relations qui existent entre la myélomatose et la leucémie, ainsi que la question de savoir s'il s'agit d'une tumeur diffuse d'emblée, ou d'une tumeur primitive qui essaime rapidement. Il relate le cas d'un homme de 56 ans qui présente des signes de compression médullaire à évolution assez rapide et chez lequel l'examen radiographique mit en évidence une disparition des pédicules vertébraux au niveau de D<sub>6</sub>. L'intervention permit d'enlever un plasmocytome qui détruisait les lames vertébrales et l'apophyse épineuse. Des irradiations furent pratiquées ensuite et, un an après, la guérison était cliniquement parfaite. Deux ans et demi après l'intervention une myélomatose généralisée emportait le malade assez rapidement.

Cinq observations de la littérature sont superposables à ce cas, et un décès opératoire ne fut à déplorer qu'une seule fois. On est donc en droit de dire que le myélome solitaire doit être traité chirurgicalement.

**Le problème de l'œdème tardif post-traumatique et des rapports entre l'artériosclérose cérébrale et le traumatisme, à propos d'une observation anatomo-clinique, par MM. L. VAN BOGAERT et G. DE MORSIER.**

Analyse clinique et anatomo-physiologique détaillée du cas d'une femme de 44 ans qui, à la suite d'un traumatisme crânien en apparence bénin (pas de perte de connaissance) présenta des accidents tardifs complexes caractérisés par un tableau clinique cérébelleux et pyramidal avec papille de stase, qui se transforma après quelques mois en une symptomatologie parkinsonienne, puis mentale, avec démence et épilepsie tardive.

L'examen anatomique permet de reconstituer avec précision la suite des processus physio-pathologiques en cause ; les auteurs en tirent des enseignements théoriques et pratiques particulièrement intéressants au point de vue de l'apoplexie tardive et de la longueur de la période intercalaire, de l'œdème tardif, des altérations cellulaires, et en particulier de l'appareil glial, dans l'hémisphère opposé à la lésion, et enfin des lésions vasculaires envisagées à la lumière des théories actuelles sur la genèse de l'artériosclérose. La séquelle traumatique cérébrale est un processus actif qui se poursuit très longtemps après le traumatisme causal, et les accidents qui s'échelonnent parfois sur plusieurs années constituent les étapes d'une véritable encéphalopathie vasculaire.

**Complexes thalamique et hypothalamique associés à un syndrome parkinsonien, par M. J. DAGNELIE.**

Relation d'un cas clinique complexe d'origine probablement vasculaire comportant un syndrome de rigidité parkinsonienne associé à un tableau neuro-végétatif hypothalamique, à une obésité de type endocrinien, et qui présente passagèrement des accidents pseudo-bulbaires (troubles de la déglutition, dysarthrie transitoire, ptose palpébrale), un vomissement sanglant qui doit être rattaché à l'atteinte hypothalamique, et enfin des troubles sensitifs de type thalamique. La symptomatologie présentée par cette malade constituait un véritable musée neurologique des formations de la base.

J. LEY.

---

*Séance du 27 mars 1943*

---

**Crises cardiazoliques hystériformes. Etude des réactions psychogalvaniques, par MM. P. DIVRY et J. BOBON.**

Chez une jeune fille de 20 ans souffrant d'accès spontanés d'hyperémotivité morbide, des doses subconvulsivantes de cardiazol provoquent des crises hystériformes nettes avec troubles sensitifs. Ces crises provoquées sont absolument différentes des accès spontanés, et la résistance électri-

que cutanée permanente habituellement très variable chez cette malade se stabilise d'une manière remarquable durant la phase hystériforme. Les stimuli sensoriels et affectifs ne provoquent plus de réflexe bien que la conscience ne soit nullement troublée; il en est de même pour les stimuli sensitifs au stade d'anesthésie. On doit attribuer ce fait à un phénomène de sidération neuro-psychique.

Les réflexes électriques aux stimuli sensitifs réapparaissent progressivement, segment par segment, au fur et à mesure que l'anesthésie s'efface. Il semble donc que l'on doive admettre un fondement biologique à ce mode de récupération atypique des sensibilités. Chez cette patiente, toutes les tentatives de suggestion ont échoué. Il s'agit d'un cas d'hystérie expérimentale qui plaide en faveur de l'hypothèse d'après laquelle il existerait une base physiopathologique aux accidents hystériques.

#### **Lobectomie frontale. Agraphie chez un gaucher, par M. L. ECTORS.**

L'auteur rapporte deux observations qui permettent de souligner les avantages de la lobectomie frontale en cas de gliome prérolandique. Un premier malade présentant des troubles mentaux extrêmement marqués, avec perte pratiquement totale de toutes les facultés, des troubles statiques graves, de l'incontinence urinaire et fécale, ainsi qu'une papille de stase bilatérale, a subi une lobectomie frontale gauche pour sarcome polymorphe du centre ovale préfrontal. Après l'intervention, les troubles mentaux, les troubles de l'équilibre ont entièrement disparu et le malade a pu reprendre ses occupations.

Le second malade, gaucher de naissance, ayant fait des crises d'épilepsie, présentant une papille de stase avec de gros troubles mentaux, de la somnolence et de l'incontinence urinaire, subit une lobectomie frontale droite pour glioblastome prérolandique. A la suite de l'intervention le malade fait une hémiparésie gauche et une aphasie motrice totale avec agraphie qui rétrocedent rapidement et complètement. Les troubles mentaux disparaissent intégralement et le malade est capable de reprendre ses occupations dès le 30<sup>e</sup> jour post-opératoire. Cette seconde observation permet de démontrer, en outre, que le centre frontal de l'écriture chez le gaucher se trouve à droite, même lorsque le gaucher a été éduqué à écrire de la main droite.

#### **Sur le traitement par électrochoc, par M. R. BAUDOUX.**

L'auteur communique les résultats de 49 cures par électrochoc dans des cas divers. Il confirme que les résultats les plus favorables s'observent dans les syndromes mélancoliques. Lorsqu'il y a rechute, celle-ci se produit toujours dans les 15 jours qui suivent la dernière application. Il est utile par conséquent de pratiquer vers les 10<sup>e</sup> et 12<sup>e</sup> jours après la guérison apparente une nouvelle application de consolidation. L'amnésie est souvent plus longue que celle signalée par les auteurs; à part cette remarque les inconvénients du traitement sont à peu près nuls. L'agitation psychomotrice et l'anorexie symptomatique sont très favorablement influencées dans la plupart des cas.

J. LEY,

# ANALYSES

---

## JOURNAUX ET REVUES

---

### THÉRAPEUTIQUE

**Psychothérapie et « Weltanschauung »**, par Henri FLOURNOY (*Revue suisse de psychologie*, 1942, n°s 1-2).

La médecine moderne envisage non seulement la maladie et ses symptômes, mais surtout l'être humain tout entier et les forces dont il dispose, le psychothérapeute doit envisager la personne autant que la maladie. Au lieu de considérer les symptômes morbides comme les signes de telle ou telle entité clinique, il y verra surtout l'expression d'une personnalité souffrante et ébranlée. En conséquence, il s'avisera de reconstituer cette personnalité en s'adressant à toutes les ressources dont elle dispose, y compris les plus hautement différenciées. Il peut ainsi être amené à examiner des questions qui touchent la personnalité morale du sujet et à toute sa conception de vie. La différence entre les cures d'âme religieuses et la psychothérapie, c'est que cette dernière prend strictement pour base des principes de biologie médicale et des lois psychologiques.

Et la personnalité du malade n'est pas seule en cause car, dans aucun traitement, la personnalité du médecin ne joue un aussi grand rôle qu'en psychothérapie.

Les différentes méthodes visent à débarrasser le malade de ses symptômes morbides et, à des degrés divers, à libérer sa personnalité, libération limitée par la collectivité dont il fait partie. Toute psychothérapie doit donc veiller au problème de l'adaptation sociale. Arbitrairement isolée du milieu collectif, qui exerce sur elle son action et sur lequel elle agit à son tour, la « personnalité » serait une notion vide de sens. L'épanouissement de la personnalité dans la collectivité doit être le but suprême de toute psychothérapie.

Dans ce très intéressant mémoire, M. Henry Flournoy traite ensuite de deux ouvrages récents : « Morale et Politique » d'Edouard Claparède, et « Certitudes suisses », d'un jeune historien genevois, M. Henri Bertrand, tous deux inspirés par le spectacle du monde actuel, la « Weltanschauung ». Le livre du regretté Claparède, qui porte en sous-titre « Les vacances de la probité », est « une sorte de traité pratique de psychothérapie à l'usage des élites qui orientent l'opinion des masses : milieux universitaires, églises,

professions libérales, presse ». On retrouve là le même souci de la personnalité. Publié à l'occasion du 650<sup>e</sup> anniversaire de la Confédération suisse, l'ouvrage de M. Henri Bertrand, dont certaines citations sur le rôle des élites intellectuelles et de l'éducation rappellent à beaucoup d'égards l'opinion exprimée par Claparède, est consacré, par la recherche et l'exposé des constantes nationales, à l'étude d'un milieu collectif. Dans le livre posthume de M. Claparède, véritable testament spirituel, sont étudiées les idéologies de la Force et celles de l'Esprit. Cette dernière conception de la vie « tend à donner la première place à l'Esprit, substituant à la Force la collaboration volontaire fondée sur la persuasion ». Cette collaboration volontaire, fondée sur la persuasion, n'est-elle pas le but de la psychothérapie ?

La Force a un prestige énorme et, en face d'elle, l'Esprit fait pauvre figure. Il ne s'appuie que sur le cœur et sur la raison, tendances très récentes dans le développement de l'humanité. Mais l'idéologie de l'Esprit possède aussi une force à elle. « Cette force de l'Esprit peut, cela va sans dire, être contrainte au silence. Mais elle n'abdique pas, et elle finit toujours, tôt ou tard, par imposer le respect. »

René CHARPENTIER.

**La prévision de l'action thérapeutique du stovarsol sodique sur la paralysie générale,** par A. SÉZARY et A. BARBÉ (*La Presse médicale*, 5 décembre 1942).

Dans leurs précédents mémoires, MM. Sézary et Barbé ont signalé que les malades bénéficient d'autant mieux de la stovarsolthérapie qu'ils sont traités précocement et qu'ils sont atteints d'une forme expansive de la paralysie générale. Précocement, c'est-à-dire dans les trois mois qui suivent le jour où le diagnostic a été posé (ou aurait dû être posé). La révision de 409 cas personnels, exclusivement traités par le stovarsol, apporte à ces indications une nette confirmation. Le facteur biologique (leucocytose du liquide céphalo-rachidien), donne également des renseignements utiles, mais n'a pas, pour la prévision de l'action thérapeutique, l'importance des données cliniques.

Pour n'avoir qu'une valeur relative, les nouveaux renseignements apportés par MM. Sézary et Barbé n'en ont pas moins un grand intérêt. Ils confirment la nécessité d'un diagnostic précoce et d'un traitement immédiat. Ils permettent de porter un pronostic de probabilité sur l'avenir du malade convenablement traité.

Mais, les exceptions à ces règles sont nombreuses, et se produisent dans les deux sens. Aussi doit-on traiter tous les malades, même lorsqu'ils ne présentent pas les conditions les meilleures de succès thérapeutique. On pourra obtenir, avec certains d'entre eux, des résultats aussi bons qu'avec ceux pour lesquels un pronostic plus favorable peut être porté d'emblée.

René CHARPENTIER.

**Sur les essais de traitement et de réadaptation de certains états mentaux dans un but d'utilisation sociale,** par Henri CLAUDE (*Bull. de l'Académie de Médecine*, séance du 28 avril 1942).

La thérapeutique moderne des affections mentales chez un sujet jeune doit être basée sur une discrimination de ces états, éliminant d'abord les états constitutionnels qui, tels les cas de démence précoce vraie, ont une évo-



lution lente, progressive, et sont rebelles au traitement. Le traitement biologique pourra, par contre, être opposé avec succès aux « formes durables » de psychose périodique ayant tendance à une évolution progressive et tardive « schizophréniforme ».

Mais les méthodes modernes de réadaptation socio-biologique appliquées à la suite des méthodes physiques de choc, et autant que possible dès le début de l'affection, rendront surtout les plus grands services à ces malades classés dans le groupe très polymorphe des schizophrénies vraies primitives. Elles s'opposeront à ces troubles de l'esprit, du caractère, de l'affectivité, qui déterminent des troubles profonds du comportement et aboutissent à l'autisme et à la dissociation psychologique. Indépendants au début de lésions des centres nerveux, ces troubles sont, en effet, momentanément curables et, en tout cas, assez fréquemment réversibles. Le professeur H. Claude estime que cette thérapeutique, susceptible de ramener à une utilisation sociale pratique des malades à la charge de l'Etat, devrait être pratiquée dans des Etablissements spécialement adaptés à des thérapeutiques individuelles basées sur l'association du traitement psychologique au traitement physique.

René CHARPENTIER.

**De l'intérêt d'une liaison entre neuro-psychiatrie et neuro-chirurgie,** par Pierre PUECH, neurochirurgien de l'Hôpital Sainte-Anne (*La Presse médicale*, 9-12 juillet 1941).

M. Pierre Puech, désigné au mois d'août 1939 pour diriger le Centre de neurochirurgie dont l'installation à l'hôpital Sainte-Anne venait d'être décidée par la Préfecture de la Seine, expose ici les premiers résultats de son action, résultats qui démontrent l'intérêt, pour les malades, pour la Société, et pour la science, de la collaboration de la neurochirurgie avec la neuropsychiatrie. En 8 mois, 206 malades ont été opérés avec un pourcentage d'environ 70 0/0 de guérisons ou d'améliorations et 12 décès. Parmi les cas opérés, on relève des tumeurs cérébrales, des lésions inflammatoires encéphalo-méningées (encéphalites, arachnoïdites, méningites séreuses), des complications de traumatismes crânio-encéphaliques, des lésions causales d'épilepsie, des syndromes mentaux divers (mélancolie anxieuse avec apparition de crises d'épilepsie jacksonienne, infantilisme, syndromes d'excitation génitale).

Doté d'une installation très moderne, le service de neurochirurgie de l'hôpital Sainte-Anne est équipé pour tous examens utiles, en particulier la ventriculographie et l'encéphalographie gazeuse lombaire. A côté de l'ablation des tumeurs et de l'ablation des zones cérébrales précisées par stimulation électrique, on y pratique toutes les interventions désirables depuis la simple ponction ventriculaire, et la décompressive jusqu'aux interventions sur les ventricules et les plexus choroïdes.

René CHARPENTIER.

**Le traitement chirurgical des hémorragies cérébrales,** par J. LHERMITTE et J. GUILLAUME (*La Presse médicale*, 22-25 octobre 1941).

Si nombre d'hémorragies cérébrales ne sont autre que des ramollissements hémorragiques, il est des faits qui attestent l'existence d'une autre variété d'hémorragie, beaucoup mieux circonscrite et dont les foyers offrent des

parois beaucoup moins dilacérées ou nécrotiques que dans l'apoplexie commune. MM. Alajouanine et R. Thurel ont donné à ce groupe de faits le nom d'hématome intra-cérébral.

La thérapeutique médicale de l'apoplexie est bien souvent illusoire et décevante. Les premiers auteurs qui préconisèrent l'intervention chirurgicale dans l'hémorragie du cerveau spécifièrent que l'inondation ventriculaire était une contre-indication à l'intervention. Il n'en est plus de même aujourd'hui, bien au contraire, mais seules semblent du ressort de la chirurgie les hémorragies collectées et bien circonscrites, celles qui ne sont pas la conséquence d'un ramollissement où le sang s'épanche de tout le réseau artério-capillaire. Une expérience prolongée sera nécessaire pour préciser, cliniquement, les règles de l'opportunité opératoire. Se basant sur leurs observations personnelles, MM. J. Lhermitte et J. Guillaume indiquent comme signes principaux l'hypertension intracrânienne (attestée par la céphalée vive et localisée, l'hyperhémie, la stase veineuse et parfois l'œdème des papilles optiques) et le développement des signes locaux. Parmi ces derniers, la recherche de l'hémianopsie leur paraît essentielle, ainsi que la constatation d'une hémiplégie, surtout lorsque celle-ci se développe graduellement.

Quant à la technique opératoire, MM. J. Lhermitte et J. Guillaume, prenant en considération l'état de choc que présentent les malades frappés d'apoplexie, jugent inutile et dangereuse la taille d'un large volet; puisque le nettoyage du foyer peut être parfaitement réalisé en limitant l'ouverture à un orifice de trépanation, susceptible éventuellement d'être agrandi à la pince gouge. Lorsque les signes cliniques ne permettent pas une localisation précise du foyer, on peut songer à une ventriculographie préalable.

Il ressort de l'exposé de MM. J. Lhermitte et J. Guillaume que l'hémorragie cérébrale massive ne doit plus être considérée comme un accident débordant les ressources thérapeutiques et que, là encore, la chirurgie marque un progrès.

René CHARPENTIER,

**Un cas de lobectomie frontale bilatérale partielle. Etude psychopathologique** (A Case of Partial Bilateral Frontal Lobectomy, A Psychopathological Study), par Ira C. NICHOLS et J. McVICKER HUNT (*The American Journal of Psychiatry*, T. LXXXXVI, n° 5, p. 1063-1087, mars 1940).

Cinq ans après une intervention sur les lobes préfrontaux pour tumeur le sujet est soumis aux tests d'évaluation des fonctions cérébrales et mentales : Babcock, oculo-moteur de Bender, Vigotsky, Knox-Cube, etc. Ils montrent une perte sensible de la spontanéité, un ralentissement des associations, une dysmnésie assez générale, mais les épreuves de jugement permettent d'affirmer le retard et non l'absurdité, de différencier le malade des déments organiques et des paralytiques en particulier.

P. CARRETTE.

**Pourquoi il faut faire des volets ostéoplastiques dans le traitement des plaies crânio-cérébrales par projectiles de guerre**, par René ROUSSEAUX (*Le Bulletin médical*, n° 34-35, p. 393-395, 23-30 août 1941).

L'auteur estime que tout blessé crânio-cérébral porteur d'un éclat accessible doit être opéré précocement. Il apporte au début quelques observations

nettes en faveur du « volet » avec l'aide de l'aspiration et de l'électro-coagulation, méthode qui donne d'emblée le maximum de sécurité opératoire.

P. CARRETTE.

**Le traitement chirurgical des abcès encéphaliques associé à la sulfamidothérapie,** par Jean PIQUET (*La Presse médicale*, 22-25 octobre 1941).

Le pronostic des abcès encéphaliques ne s'est guère amélioré et les résultats opératoires sont assez médiocres. Les meilleures statistiques atteignent mais ne dépassent guère 50 0/0 de guérisons. M. Jean Piquet est d'avis que le succès ou l'échec du traitement chirurgical dépend beaucoup plus de la forme anatomique de l'abcès que de la perfection du drainage. Si l'abcès collecté unique guérit presque à coup sûr dès qu'il est évacué, dans les formes graves au contraire l'infection se diffuse dans la masse cérébrale.

Estimant que la sulfamidothérapie constitue un moyen efficace de lutte contre l'infection progressive de la substance cérébrale partant de l'abcès, l'auteur conseille d'agir chirurgicalement sur le foyer osseux, d'évacuer la collection et de décompresser la masse cérébrale, de pratiquer aussi simplement que possible le drainage de l'abcès, d'agir sur l'encéphalite progressive par la sulfamidothérapie générale et locale (injections dans la cavité de l'abcès) et à l'aide de la radiothérapie.

Dans les abcès cérébraux otogènes ou rhinogènes, l'ablation de la capsule ne paraît pas absolument nécessaire et le simple drainage peut suffire. Mais dans les abcès cérébelleux, il serait utile de pratiquer au bistouri électrique une large résection de la substance cérébelleuse infectée.

René CHARPENTIER.

**Traitement de l'abcès cérébral d'origine auriculaire et nasale,** par J. PIQUET (*Revue médicale française*, septembre 1941).

La nature de l'intervention doit être appropriée à la forme anatomique de l'abcès : l'abcès unique collecté, relativement bénin, guérit après drainage surtout s'il n'est pas encapsulé ; l'abcès suppuré à foyers multiples, infiniment plus grave, peut guérir après une intervention chirurgicale très large ; l'abcès nécrotique, phlegmon diffus du cerveau, où les vaisseaux cérébraux sont thrombosés en masse, se termine inévitablement par la mort. Le diagnostic clinique de ces diverses variétés anatomiques est rarement fait avant l'opération. L'intervention s'impose aussitôt le diagnostic fait, c'est-à-dire dès que devient manifeste l'obnubilation intellectuelle : à travers le foyer osseux pour les abcès uniques collectés, par voie temporaire pour les abcès à foyers multiples pour lesquels il est nécessaire de décompresser et d'explorer méthodiquement. Dans la majorité des cas l'excision de l'abcès otogène ne donne pas des résultats supérieurs au simple drainage.

Le pronostic reste très grave et les perspectives chirurgicales assez peu encourageantes. La chimiothérapie, par les sulfamides en particulier, pourra peut-être, en limitant la progression de l'infection dans la masse cérébrale, favoriser la formation d'un abcès bien collecté.

René CHARPENTIER.

# VARIÉTÉS

---

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

### Séances

La *séance ordinaire* du mois de JUIN de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 28 juin 1943*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI<sup>e</sup> arrondissement).

La Société médico-psychologique ne tiendra au mois de JUILLET qu'une seule *séance* exclusivement réservée à des présentations. Cette séance aura lieu le *lundi 12 juillet 1943*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV<sup>e</sup> arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

Conformément à l'article 3 du Règlement, la Société médico-psychologique ne tiendra pas séance pendant le mois d'août ni pendant le mois de septembre.

La *séance ordinaire* du mois d'OCTOBRE de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 25 octobre 1943*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI<sup>e</sup> arrondissement).

## PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

### Année 1944

*Prix MOREAU DE TOURS.* — 200 francs

Ce prix, *biennal*, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit ou imprimé, des deux années précédentes, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1942 et en 1943, devant les Facultés de médecine de France, sur un sujet de pathologie mentale ou nerveuse.

*Legs CHRISTIAN.* — 300 francs

Ce prix, *annuel* (partage interdit), est attribué chaque année par le Bureau de la Société à un interne des asiles d'aliénés de Paris ou de la

province, momentanément gêné soit pour terminer ses études, soit pour payer sa thèse. *Il ne confère pas le titre de lauréat de la Société Médico-psychologique.*

*Règlement du Legs Christian :*

ARTICLE PREMIER. — Les internes des Asiles de France, candidats à l'attribution du Legs Christian, devront :

- 1° Etre de nationalité française ;
- 2° Justifier de leur état de gêne momentanée par la production d'une attestation du médecin-chef du service où ils sont internes ;
- 3° Faire parvenir au Secrétaire général de la Société médico-psychologique une copie du manuscrit de leur thèse.

ART. II. — Le candidat désigné par le Bureau recevra le montant du prix après l'envoi au trésorier de la Société médico-psychologique de deux exemplaires de Faculté de sa thèse.

ART. III. — Dans le cas où le prix ne serait pas décerné une année, le montant en sera reporté à l'année suivante et le Bureau pourra, s'il y a lieu, décerner plusieurs prix.

ART. IV. — Le prix Christian ne confère pas au candidat qui l'obtient le titre de lauréat de la Société médico-psychologique.

## Année 1945

### Prix BELHOMME. — 900 francs

Ce prix, *triennal*, sera décerné au meilleur mémoire sur le sujet suivant choisi par la Société : *La thérapeutique par l'électro-choc en psychiatrie ; généralités ; comparaison avec les autres méthodes de choc ; mécanisme d'action ; hypothèses ; expérimentation ; recherches biologiques.*

### Legs CHRISTIAN. — 300 francs

Prix, *annuel* (partage interdit).

## Année 1946

### Prix AUBANEL. — 1.500 francs

Ce prix, *triennal*, est décerné au meilleur mémoire sur un sujet de pathologie mentale ou nerveuse (1).

(1) C'est à la séance du 25 avril 1864 que Legrand du Saulle informe la Société que Mme veuve Aubanel mettrait, pendant toute sa vie, à la disposition de la Société une somme annuelle de 800 francs « provenant de la succession du savant et regretté médecin en chef de l'asile de Marseille ». Sur la proposition de Legrand du Saulle, la Société mit immédiatement une question au concours. Bien que la Société fût libre d'arrêter à son gré le programme et les délais du concours, elle estima que ce serait rendre un juste hommage à la mémoire d'Aubanel en proposant une « Etude médico-légale de la paralysie générale », question dont Aubanel s'était souvent entretenu avec ses internes pour le premier concours dont les délais, fixés au 31 décembre 1864, furent ensuite prolongés au 31 décembre 1865. — R. C.



*Prix MOREAU DE TOURS. — 200 francs*

Ce prix, *biennal*, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit ou imprimé, des deux années précédentes, ou bien à la meilleure des thèses soutenues en 1944 et en 1945 devant les Facultés de médecine de France, sur un sujet de pathologie mentale ou nerveuse.

*Legs CHRISTIAN. — 300 francs*

Prix, *annuel* (partage interdit).

N. B. — *Pour chacun de ces prix, les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposés, avant le 31 décembre de l'année précédente, chez le Secrétaire général de la Société médico-psychologique.* Les mémoires manuscrits devront être inédits et pourront être signés. Ceux qui ne seront pas signés devront être accompagnés d'un pli cacheté, avec devise, contenant les noms et adresses des auteurs.

Les prix seuls (et à l'exception du prix Christian) donnent droit au titre de lauréat de la Société médico-psychologique : les mentions honorables n'y donnent pas droit.

*Un mémoire récompensé par une autre Société ne peut être admis à concourir pour les prix de la Société médico-psychologique. (Décision du 22 mars 1910).*

## NÉCROLOGIE

## Guy Vermeulen (1892-1943)

C'est quelques années après la guerre de 1914-1918 que j'ai fait la connaissance de Guy Vermeulen. Il m'avait été adressé à la Colonie d'enfants de Perray-Vaucluse par René Charpentier. Vermeulen arrivait en effet à Paris avec son sujet de thèse, pour lequel il avait besoin d'examiner d'assez nombreux enfants, et de toutes variétés. Elève de Decroly, mais déjà une personnalité, ce grand garçon ouvert, intelligent, me plut d'emblée infiniment. Il s'installa et il travailla plusieurs mois dans mon cabinet, suivant avec ténacité et méthode le plan qu'il s'était tracé. Mon rôle se borna à lui fournir les sujets nécessaires à ses recherches, soit à Perray-Vaucluse (enfants anormaux), soit dans quelques écoles parisiennes, notamment à celle de la rue Grange-aux-Belles, que Binet a rendu historique. De ces quelques mois de travail acharné sont sortis, outre quelques communications à la Société de médecine mentale de Paris et à la Société Alfred Binet, l'étude expérimentale et clinique sur les débiles mentaux, parue en 1922 dans le *Bulletin de l'Institut général psychologique*, étude qui devint la thèse de Guy Vermeulen. Elle comportait une série de tests destinée à l'examen psychographique de l'intelligence et elle aboutissait à la distinction de types mentaux dont l'énumération suffit à montrer l'intérêt : disharmoniques (sots, instables, émotifs) et types harmoniques ou équilibrés (passifs, pondérés, actifs et puérils).

De retour en Belgique Vermeulen devint médecin de la section des enfants anormaux à la colonie de Gheel. Avec ma femme, nous eûmes l'occasion de lui faire visite à Gheel, et je ne suis pas près d'oublier l'accueil délicieux dont il nous entourait ainsi que sa charmante jeune femme, d'origine norvégienne. Mais je me souviens surtout de la conscience avec laquelle il

assurait les visites qu'il avait à faire dans les familles où il plaçait les enfants, et de l'intérêt qu'il prenait à chaque cas et qui disparaissait dès qu'il en parlait.

Il publia vers cette époque, en 1926, un court traité de psychologie de l'enfant et de l'adolescent, chez Lamertin à Bruxelles, résumé de cours faits par lui à l'Ecole du service social, à l'Institut de Pédagogie et à l'Ecole normale provinciale du Brabant. J'eus l'occasion d'être rapporteur avec lui au Congrès de Bruxelles de 1924 sur la question de la débilité mentale.

Et toujours à la pointe du mouvement psychiatrique en Belgique, et plus spécialement pour la psychiatrie de l'enfance (étude scientifique et assistance), joignant à une activité incessante sa modération si sympathique, et son calme, et son charme, Vermeylen était devenu à Bruxelles médecin principal de l'Institut de Psychiatrie de l'hôpital Brugmann. Il avait là l'un des plus beaux services qui soient : service libre, service de triage et d'admission, dont il était passionné ; et où son tact, son amour des malades, sa probité professionnelle toujours souriante et affable, son esprit ouvert aux multiples problèmes que la carrière pose constamment, étaient universellement appréciés.

Je ne rappellerai pas les autres titres, ou plutôt les fonctions que sa valeur lui avait mérités et que sa modestie cachait : professeur à l'Université libre de Bruxelles, président de la Ligue nationale belge d'hygiène mentale ; ni la croix de guerre avec palmes et la croix de feu dont s'ornait sa boutonnière. L'espace me manque pour résumer la série des communications qu'il apportait régulièrement à la Société de médecine mentale de Belgique ou dans les divers congrès de la spécialité, et notamment au II<sup>e</sup> Congrès international d'hygiène mentale ; toujours solidement documentées, elles se faisaient remarquer tant par la clarté de leur présentation que par la netteté et le côté pratique de leurs conclusions. Il était écouté et aimé de tous ses collègues, à qui plaisaient et sa simplicité, et sa rigoureuse honnêteté scientifique.

Il n'eut pas le temps de donner toute sa mesure. La tragédie de la guerre n'avait fait qu'imprimer à son activité une nouvelle énergie, et il m'avait, peu de mois avant sa fin, écrit son optimisme et les projets de travail par lesquels il se proposait d'occuper son impatience. Il avait notamment sur le caractère, des recherches depuis longtemps en train et dont personnellement j'espérais beaucoup. Une maladie, dont personne dans son entourage ne soupçonnait l'existence, et dont une intervention chirurgicale révéla seule la gravité, l'enleva en quelques jours à sa famille, à ses amis et à la science psychiatrique à laquelle il avait consacré sa vie. Arrêté peu de temps auparavant comme otage, il n'avait dû sa remise en liberté qu'à son état de santé. Il mourut à Uccle le 28 janvier 1943. Epoux affectueux et père attentif, il laisse une veuve qui l'adorait justement, et qui gardera son culte, et deux fils. L'un de ceux-ci a commencé ses études de médecine. Qu'ils nous permettent de souhaiter qu'ils pourront continuer l'œuvre paternelle.

TH. SIMON.

---

*Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.*

---

Imprimé par Imp. A. COUCLANT (personnel intéressé)  
à Cahors (France). — 65.977 — C.O.I.A.L. N° 31.2330

U. O. 3562-8-7-43

X



MASSON ET C<sup>IE</sup>, ÉDITEURS  
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE  
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS



---

## ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

---

### Table générale et alphabétique

**Table générale et alphabétique, Tome I (1843 à 1866),**

1 volume : France, Colonies et Etranger..... **150 fr.**

**Table générale et alphabétique, Tome II (1867 à 1878),**

1 volume : France, Colonies et Etranger..... **150 fr.**

**Table générale et alphabétique, Tome III (1879 à 1930)**

1 volume : France, Colonies et Etranger..... **300 fr.**

*Ces 3 volumes, contenant chacun une « table alphabétique par noms d'auteurs » et une « table analytique des matières » constituent l'unique répertoire bibliographique des travaux neuro-psychiatriques publiés depuis 1843.*



### COLLECTIONS COMPLÈTES DU

#### Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale

depuis sa fondation en 1908

18 volumes brochés avec nombreuses figures dans le texte  
et planches hors texte

Tomes I (1908), II (1909), III (1910), IV (1911), V (1912), VI (1913),  
VII (1914-1919), VIII (1920), IX (1921), X (1922), XI (1923), XII (1924),  
XIII (1925), XIV (1926), XV (1927), XVI (1928), XVII (1929), XVIII (1930).

**Chaque volume : France, Colonies et Etranger.. 130 fr.**

---

#### Médecine mentale de guerre. N° spécial, décembre 1917

France, Colonies et Etranger..... **52 fr.**

---

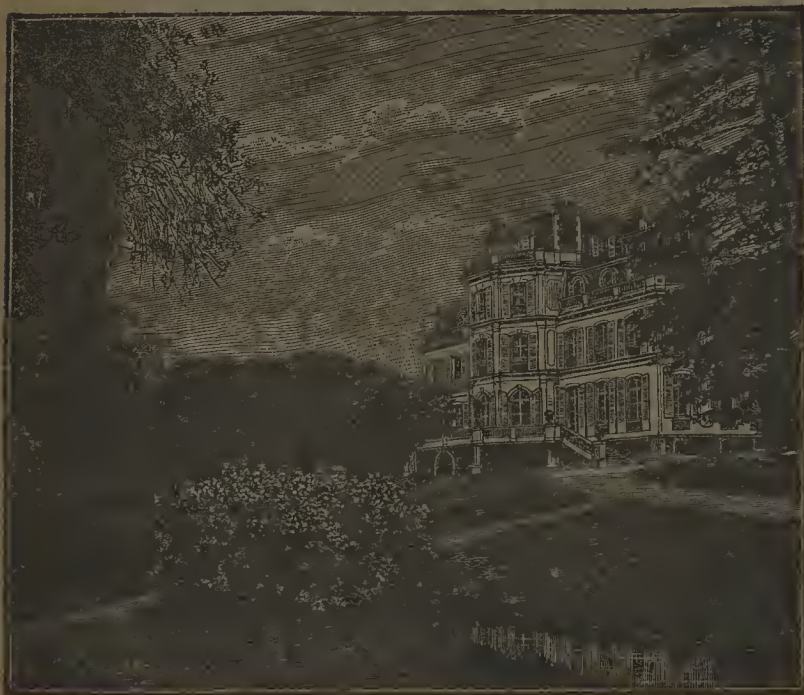
Emballage et port en sus

CLINIQUE MÉDICALE  
DU  
**CHATEAU DE GARCHES**

2, Grande-Rue et 11bis, Rue de la Porte Jaune, GARCHES (S.-&-O.)

Téléph. : MOLITOR 55-55

Dr GARAND, Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Paris



**MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX**

Affections neurologiques. - Névroses  
Psychopathies en cure libre. - Désintoxications  
Cures d'air et de repos. - Convalescences. - Régimes.  
Agents Physiques. - Traitements biologiques  
(Malariaithérapie). - Psychothérapie.

La Clinique est ouverte aux Médecins, qui conservent la Direction du traitement de leurs Malades

**GRAND CONFORT — BEAU PARC DE SIX HECTARES**

à dix minutes de Paris par le Pont de Saint-Cloud et la route de Vauclousson









